

Année 1960

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

N°

465

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Georges LANSADE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
né le 17 Septembre 1928 à EGUZON (Indre)

Présentée et soutenue publiquement le : 1er Juin 1960

SUR L'IMPORTANCE DU FACTEUR PSYCHOLOGIQUE
DANS L'ASTHME DE L'ADULTE ET SON TRAITEMENT
PAR LA MÉDICATION TRANQUILLISANTE ASSOCIÉE
A LA PSYCHOTHÉRAPIE

Président : Monsieur R. KOURILSKY, Professeur.

1960

16



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A.)	BENARD (H.)	BROCQ (P.)
BULLIARD (H.)	CADENAT (F.)	CHABROL (E.)
CHAMPY (C.)	CHEVALLIER (P.)	DEBRE (R.)
DONZELOT (E.)	GASTINEL (P.)	GUILLAIN (G.)
HALPHEN (E.)	HARVIER (P.)	HAZARD (R.)
HEUYER (G.)	LANTUEJOUL (P.)	LAROCHE (G.)
LAUBRY (C.)	LEVY-SOLAL (E.)	MARION (G.)
LIAN (C.)	LOEPER (M.)	MONDOR (H.)
MATHIEU (P.)	MOCQUOT (P.)	OLIVIER (E.)
MONOD (R.)	MOREAU (R.)	RICHET (C.)
PASTEUR VALLERY RADOT	PETIT-DUTAILLIS	
STROHL (A.)	TANON (L.)	

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

1 - PROFESSEURS

Anatomie	MM. CORDIER (G.)
Anatomie (Prof. à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
Biochimie médicale (Prof. à titre personnel)	SCHAPIRA (F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biologie médicale (Prof. à titre personnel)	BOURLIERES (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Ins. G. ROUSSY)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
(Beaujon	SICARD (A.)
(Cochin	QUENU (J.)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	
Enfants-Malades	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice Cochin	MERLE D'AUBIGNE
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire Broussais	GAUDART-D'ALLAINES
	(F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)

Clinique endocrinologique (Pitié)
 Clinique de génétique médicale (Enfants Malades)
 Clinique gynécologique (Broca)
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St Louis) ..
 Clinique des maladies des enfants (Enfants Malades)
 Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard)
 Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste Anne)
 Clinique des maladies métaboliques (Necker)
 Clinique des maladies du sang (Broussais)
 Clinique des maladies du système nerveux
 (Salpêtrière)
 (Boucicaut
 (Broussais
 Cliniques médicales (Cochin
 (Hôtel-Dieu
 (Pitié
 (St Antoine
 Clinique Médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie
 (Bichat)
 Clinique Médicale propédeutique (Broussais)
 Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de
 la nutrition (Hôtel-Dieu)
 Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)
 Cliniques obstétricales (Beaudelocque
 (Foch (Suresnes)
 Cliniques obstétricale et gynécologique (Port-Royal)
 Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)
 Clinique oto-rhino laryngologique (Lariboisière)
 Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent de Paul)
 Clinique de pédiatrie sociale (Enfants Malades)
 Clinique pneumo-ptisiologie (Laënnec)
 Clinique de psychiatrie infantile (Salpêtrière)
 Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)
 Clinique de stomatologie (Pitié)
 Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)
 Clinique urologique (Cochin)
 Embryologie
 Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)
 Histologie
 Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)
 Hygiène et médecine préventive
 Hygiène et médecine préventive (Prof. à titre personnel)
 Médecine du travail
 Médecine légale
 Parasitologie
 Pathologie chirurgicale
 Pathologie exotique
 Pathologie expérimentale et comparée
 Pathologie médicale
 Pathologie thérapeutique et générale

DECOURT (J.)
 LAMY (M.)
 FUNK-BRENTANO (P.)
 DEGOS (R.)
 CATHALA (J.)
 MOLLARET (P.)
 DELAY (J.)
 HAMBURGER (J.)
 MARCHAL (G.)

ALAJOUANINE (T.)
 LENEGRE (J.)
 SOULIE (P.)
 JUSTIN BESANCON (L.)
 BARIETY (M.)
 DREYFUS (G.)
 KOURILSKY (R.)

DEBRAY (C.)
 GENNES (L. de)

DEROT (M.)
 DAVID (M.)
 LACOMME (M.)
 MERGER (R.)
 VARANGOT (J.)
 RENARD (G.)
 AUBRY (M.)
 LELONG (M.)
 MARIE (J.)
 BERNARD (E.)
 MICHAUX (L.)
 COSTE (F.)
 DECHAUME (M.)
 SENEQUE (J.)
 FEY (B.)
 GIROUD (A.)
 SEZE (S. de)
 VERNE (J.)
 TURPIN (R.)
 JOANNON (P.)
 DEPARIS (M.)
 DESOILLE (H.)
 PIEDELIEVRE
 GALLIARD (H.)
 COUVELAIRE (R.)
 LAVIER (G.)
 MERKLEN (P.P.)
 MILLIEZ (P.)
 GARCIN (R.)

Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Pharmacologie (Prof. à titre personnel)	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (Prof. à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Physique médicale (Prof. à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LEGER (L.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II - PROFESSEURS SANS CHAINE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	MM. CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) Pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	NEVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DEGREZ (P.) pr. s. ch. POLONOVSKI (J.) m. Conf.
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	PLAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.) pr. s. ch.
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)

Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. CORRE HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.) pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (R.) THOYER ROZAT (J.)
Ophthalmologie	BREGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.) pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. per. LORTAT-JACOB (J.L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)

Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) M.C. ag. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

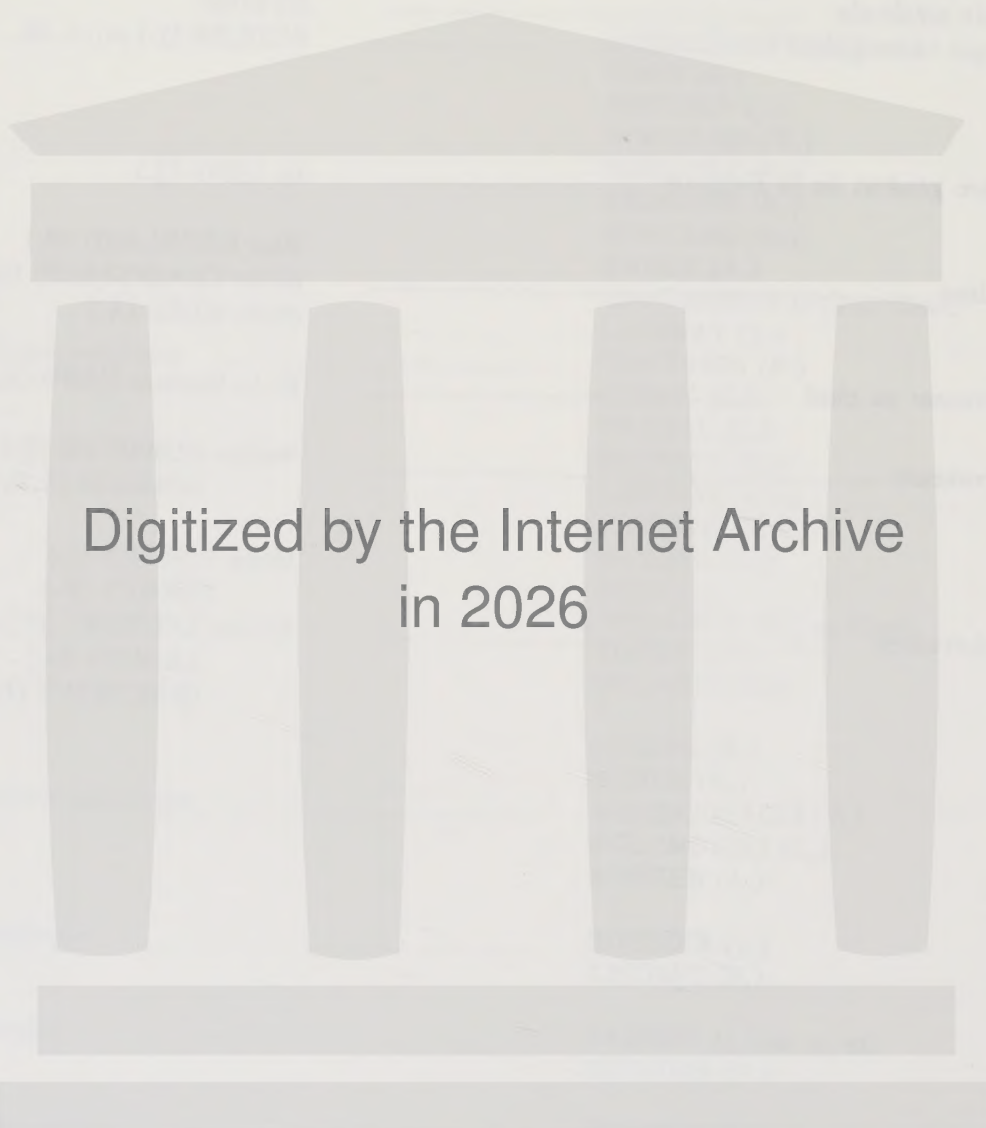
III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE (à titre permanent)

Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE (A.) pr. s. ch. HUGUIER (J.) OLIVIER (C.) PADOVANT (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.M.)
Clinique médicale	BOUDIN (G.) CONTE (M.) DOMART (A.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.) TURIAF (J.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DES VIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER.

Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
	CROSNIER (J.)
	HARTMANN (L.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
	MAURICE (J.)
	RICHET (G.)
	AUSSANNAIRE (M.)
	BOUR (H.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRICAIRE (H.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BRUGE (A.)
	CASTAIGENE (P.) m. Conf.
	CATINAT (J.)
Pathologie médicale	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	FREZAL (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAROCHE (CL.)
	LESOBRE (R.)
	MACREZ (C.)
	NICK (J.)
	PEQUINOT (H.) m. Conf.
	ROYER (P.)
	WOLFROM (R.)
	JOSEPH (R.)
	MANDE (R.)
Pédiatrie - Puériculture	MOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKI (C.)
	ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.)
	LECHAT (P.)
Physiologie	PARROT (J.) pr. s. ch.
	DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.) p. s. ch. m. Conf.
	KELIERSHOHN
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) pr. s. ch.
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.) Melle CHAINTREUIL (G.) Melle HURE (A.)
Conservateur en chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P.) GOIGHON (A.M.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.) FORGET (F.) Melles LAURENT (H.) LE NOIR (G.) QUIEVREUX (E.)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554021_0010

A mon père, à ma mère,

dont l'affection a entouré et guidé ma jeunesse,
et dont le soutien constant a seul permis à ce
travail de voir le jour.

Je leur exprime ici ma reconnaissance pour le
passé qu'ils m'ont accordé et l'avenir qu'ils
ont contribué à me préparer.

A mes grands-parents,

A ma soeur, à sa famille,

en témoignage d'affection.

A mes amis.

A Monsieur le Professeur Raoul KOURILSKY

Professeur de Clinique à la Faculté,
Médecin de l'Hôpital Saint Antoine,
Officier de la Légion d'Honneur,

qui sut nous communiquer sa foi en la
médecine et dont la sollicitude à notre
égard ne s'est jamais démentie.

Il nous a fait un très grand honneur en
nous inspirant le sujet et en acceptant
la présidence de cette thèse.

Nous lui exprimons ici nos sentiments de
profonde reconnaissance pour tout ce que
nous lui devons de notre formation intel-
lectuelle et médicale.

A Madame le Docteur Simonne KOURILSKY

Médecin-Assistant à l'Hôpital Saint Antoine

dont l'aide constante, les conseils
précieux furent pour nous un très
grand soutien.

Qu'elle trouve ici le témoignage de
notre fidèle gratitude et de notre
dévouement respectueux.

A Monsieur le Docteur Jean REGAUD

Médecin-Assistant à l'Hôpital Saint Antoine,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

qu'il trouve ici l'expression de nos
sentiments de profonde estime.

A Monsieur le Docteur Emile RAIMBAULT

qui nous a guidé dans notre travail
avec beaucoup de bienveillance.

SUR L'IMPORTANCE DU FACTEUR PSYCHOLOGIQUE
DANS L'ASTHME DE L'ADULTE ET SON TRAITEMENT
PAR LA MEDICATION TRANQUILLISANTE ASSOCIEE
A LA PSYCHOTHERAPIE

INTRODUCTION

La définition qu'en a donné Bezançon au 1er Congrès International de l'Asthme, en 1932, semble résumer le plus fidèlement l'asthme :

"L'asthme est un syndrome respiratoire relevant de causes multiples, banales et variables (épines irritatives, décharges toxiques, substances choquantes), caractérisé par des crises de dyspnée paroxystique à type expiratoire ralenti, qui se terminent habituellement par une phase d'hypersécrétion bronchique plus ou moins abondante, observé chez des sujets ayant un appareil respiratoire fragile, déséquilibrés dans leurs humeurs et dans leur système neuro-végétatif"

Sa symptomatologie dépend pour la plus grande part du terrain sur lequel la maladie se développe, et de la cause qui lui a donné naissance.

Notre intention est d'étudier plus particulièrement l'importance des facteurs psychologique et nerveux, et la possibilité de leur traitement par la médication tranquillisante associée à la psychothérapie.

Nous avons dépouillé à la Clinique Médicale de l'Hôpital Saint Antoine - Service du Professeur KOURILSKY - 100 cas d'asthme :

- étudiés de façon complète;
- traités et suivis sur les quatre dernières années.

Nous nous sommes attachés à prendre essentiellement des asthmes purs, sans emphysème (80 cas sur 100); dans les 20 cas restants, s'est trouvé associé à l'asthme un degré d'emphysème, généralement peu important.

★

★

★

HISTORIQUE

1 - Dans la littérature médicale, de nombreuses observations font ressortir *le rôle d'un facteur psychique*, notamment des émotions, dans la genèse des crises d'asthme :

- HIPPOCRATE : le rôle de la colère ;
- LAENNEC : le rôle de la peur ;
- TROUSSEAU et sa propre observation :
"Sous l'influence morale que déterminait chez moi l'idée d'un vol domestique, quelque peu important que fût ce vol, mon système nerveux était ébranlé, et une cause, très petite en elle-même, agit sur lui avec une excessive intensité" ;
- MACKENZIE : la rose artificielle ;
- Observations de GALUP ;
- Dès 1910, on traite avec succès les asthmatiques par la suggestion ;
- Puis par l'électrochoc ;
- Récemment les investigations psychiatriques ont précisé la personnalité particulière de ces malades.

2 - L'existence d'une instabilité neuro-végétative générale a été récemment montrée et soulignée :

- EPPINGER et HESS ont attiré les premiers l'attention sur l'hypertonie vagale des asthmatiques ;
- VALLIN conclut qu'il est très difficile de traduire en chiffres (par mesure des réflexes, oculo-cardiaque, solaire . . .) l'hyper ou l'hypotonie constatée.
- D'autres auteurs (JACQUELIN) montrent que chez certains asthmatiques il existe, non pas une vagotonie, mais une sympathicotonie.
- Actuellement il est généralement admis que les distinctions entre vagotonie et sympathicotonie sont artificielles et qu'il y a une atteinte simultanée des deux nerfs : dystonie globale
- Fait important, alors que pour beaucoup d'auteurs les signes de neurotonie observés sont la conséquence de la maladie asthmatique, d'autres (R. KOURILSKY) ont montré et constamment enseigné que l'hypertonie neuro-végétative est souvent pré-existante à l'asthme, constitue une part du substratum du terrain asthmatique, et est d'origine psychique, due et entretenue par les troubles psychologiques, pratiquement constants, ce qui n'exclut pas que la maladie puisse, à son tour, retentir sur l'état psychologique, cas fréquent où un véritable cercle vicieux se réalise.

CONSIDERATIONS GENERALES

1 - Les conceptions de l'asthme sont particulièrement mouvantes,

cependant l'asthme est un des premiers syndromes auxquels on ait attribué une pathogénie à la fois organique et affective ;

c est une maladie complexe, et sa pathogénie ne se réduit pas, bien sûr, à une très variable vagotonie ou à une pure psychogénèse

2 - La principale question, actuellement posée, est celle du rôle qu'y joue l'allergie

De nombreux travaux font ressortir, non seulement son existence, sa fréquence, mais, certains, sa quasi-constance : la majeure partie des asthmes relèverait d'une origine allergique

En outre, "Avec la découverte des allergènes, l'attention s'est détournée des facteurs psychologiques, d'autant plus que les substances responsables de la réaction allergique peuvent être si nombreuses et si largement distribuées dans la nature ou dans les objets d'usage journalier, qu'il devient malaisé d'exclure leur existence dans le milieu où se trouve le sujet au moment de sa crise". (ZIWAR)

3 - Cependant, de l'avis de tous les auteurs, ce fait ne signifie pas que l'allergie résume toute la pathogénie de l'asthme :

D'une part, facteurs allergique et psychologique ne s'excluent pas :

- Des recherches expérimentales d'abord, relatées plus loin, ont paru démontrer qu'on ne peut expliquer les syndromes allergiques qu'en tenant compte de l'action conjugués des substances allergisantes et des facteurs psychologiques.
- L'observation démontre ensuite, dans le domaine des maladies allergiques, la participation du psychisme à des faits conditionnés corporellement, tels que la constitution, l'hérédité, les réactions cutanées, la sensibilisation et la désensibilisation, et combien l'association de la psychothérapie au traitement somatique permet d'aboutir à des succès plus grands. D'ailleurs, note HAMBURGER, "ne pourraient-ils pas (les facteurs psychologiques) expliquer partiellement certaines divergences dans les résultats statistiques puisqu'une psychothérapie involontaire accompagne forcément sans doute, les traitements allergiques de désensibilisation ?"
- Les troubles psychologiques et la dystonie neuro-végétative ont en effet un rôle étiologique de premier plan ; ce rôle déborde le cadre des asthmes nerveux, et peut intervenir dans toutes les formes d'asthme.

D'autre part, de nombreux autres facteurs étiologiques peuvent intervenir :

- Le facteur infectieux bronchique, très fréquent - parfois très précoce - est une cause, parfois déclenchante, en tout cas toujours aggravante de l'asthme : cause majeure d'invétération de la maladie.

- Le rôle des lésions organiques pulmonaires est discutable en tant qu'épine irritative ; elles interviennent surtout lorsqu'elles sont surinfectées.
- Un facteur nutritionnel est aussi fréquemment retrouvé, évident ou non : troubles digestifs, en particulier dyspeptiques, hépato-vésiculaires ou entéro-colitiques, isolés ou associés.
- Un dysfonctionnement endocrinien peut être un facteur de majoration. Les troubles génitaux, les événements de la vie génitale en particulier - puberté, préménopause, grossesse - peuvent retentir sur l'asthme. Les perturbations hormonales les plus généralement observées sont les hypertonies endocriniennes : hyperfolliculinie surtout, syndromes basedowiens et hypertonies cortico-surrénales plus rarement. Chez l'homme, leur aspect est volontiers plus nutritionnel qu'endocrinien.
- Enfin et surtout, le terrain 'de prédisposition' à l'asthme porte la marque de l'hérédité, dont le rôle a toujours été souligné

En particulier, le terrain nerveux des asthmatiques semble, pour certains, faire partie de l'héritage génétique de ces sujets, au même titre que l'aptitude à se sensibiliser.

★

★

★

*Les 4 tableaux qui suivent
reproduisent, à titre documentaire, un extrait
d'un grand tableau où ont été notés, pour chaque
asthmatique, les éléments principaux de sa maladie.*

★

★

★

CRISES D'ASTHME

SEXE	AGE	ANCIENNETE					FREQUENCE					HORAIRE			
		Moins de 1 an	de 1 à 5 ans	de 5 à 10 ans	de 10 à 15 ans	plus de 15 ans	Quotidiennes	Plusieurs par mois	Plusieurs par an	Ancien Etat de mal	Récant	Silence prolongé	Nocturnes	Diurnes	A heure fixe
M	20					+			+						
F	40				+			+					+	+	
F	38			+			+	+							+
F	41		+					+			+				
F	44					+					+			+	
F	18			+				+				+			
M	19				+				+			+			
M	18				+										
F	46					+		+				+	+		
M	57					+		+					+	+	(d'effort)
F	20					+						+	+		+
F	36					+		+					+		
F	56				+			+						+	
F	48			+					+						
M	51	+						+							

EXAMEN

FACTEUR ALLERGIQUE

MANIFESTATIONS CLINIQUES

EXPLORATION FUNCTIONNELLE

FACTEUR INFECTIEUX

FACTEUR PSYCHOLOGIQUE

Signes de
neurotonie

Tension anxieuse

Conflit de
base

C.V.	VEMS/CV	Réaction à l'acécoline	Réaction à l'aleudrine	Scopie dynamique	-Enrhysème associé-	Asthme ayant débuté au cours ou décours d'une infection bronchique	Expectoration en dehors des crises	Surinfection bronchique	Signes fonctionnels	Signes objectifs S (réflexes tend., oculo-card. etc...)	Situation familiale	Situation professionnelle	Situation traumatisante diverse	Caractère névrotique	Antécédents d'épisodes névrotiques	Antécédents d'épisodes psychotiques	Dépendance - Indépendance	Conflit entre agressivité et contrôle moral personnel	Immaturité affective
- 5%	60%	+	+	+					+	+	+								
-23%	63%		+	+						+	+		+						
- 6%	54%	+	+		+				+					+			+		
Norm.	53%		+		+	+					+						+		+
-10%	47%	+	+		+		+		+					+			+		
Norm.	51%	+	+		+		+				+						+		+
Norm.	75%	+		+			act.				+								+
Norm.	62%	+	+	+					+	+	+						+		+
-42%	20%		-		+				+	+	+			+		+			
-10%	65%		+		(E)			+	+	+	+			+		+		+	
Norm.	67%	+	+		m.co.				+	+	+			+					
Norm.	53%	+	+	+					+	+	+						+		+
-40%	28%		-		+	+		+	+	+	+		+		+				
Norm.	71%	-			(E)				+	+	+		+	+	+	+			
-12%	77%	+	+	+					+	+	+	+		+				+	

RESULTS

INTERVENTION
PSYCHOLOGIQUE
NATURE :

- 9 -

*Les tableaux suivants, numérotés de I à VIII,
indiquent, en marge du facteur psychologique, le
pourcentage observé de chaque élément clinique,
radiologique ou biologique.*

★

★

★

ETUDE ANALYTIQUE DES 100 CAS D'ASTHME

Tableau I

ANCIENNETE DES CRISES

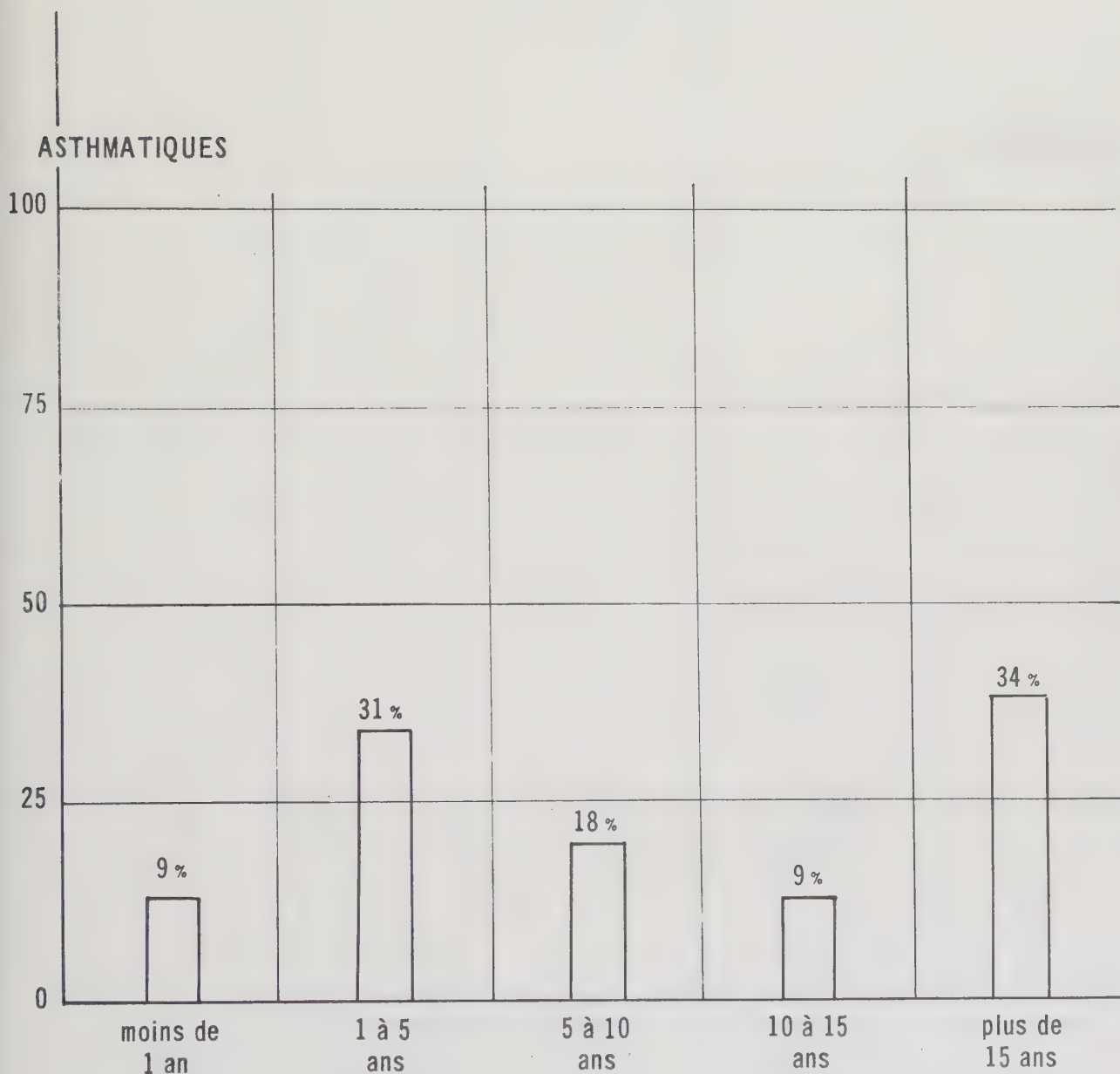
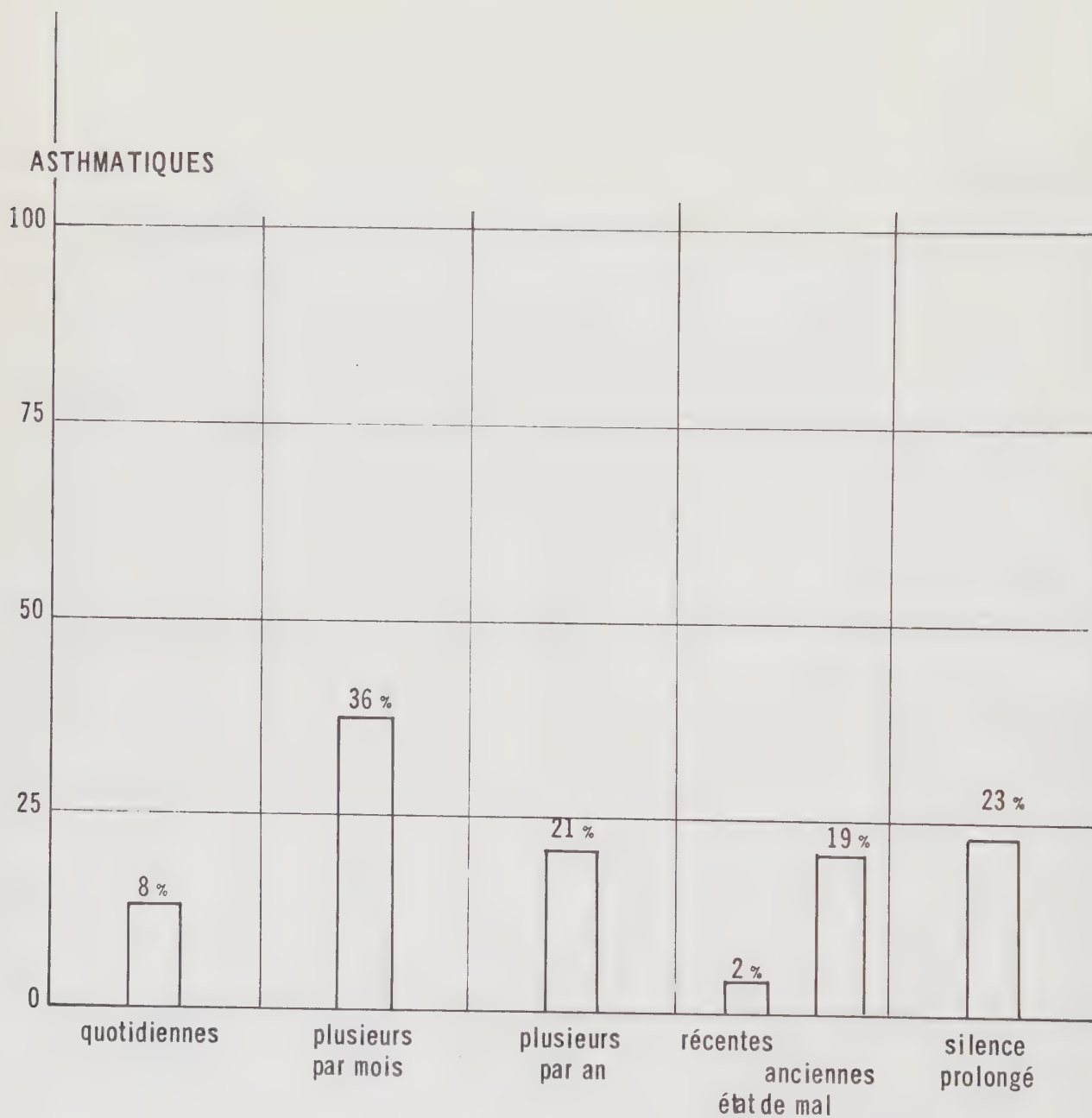


Tableau II

FREQUENCE DES CRISES



RADIOGRAPHIE PULMONAIRE

Tableau III

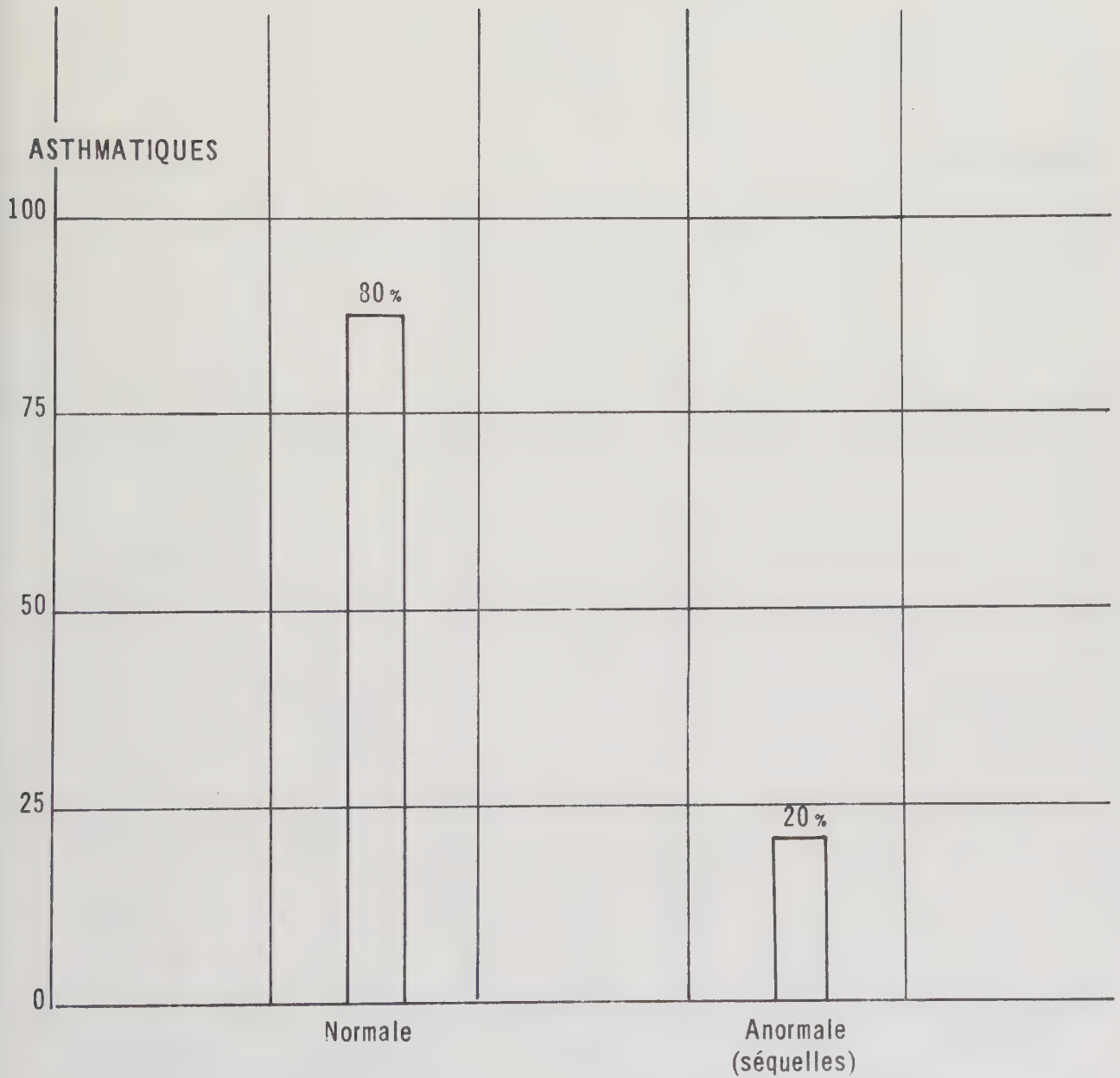


Tableau IV

EXPLORATION FONCTIONNELLE
(- 1 -)

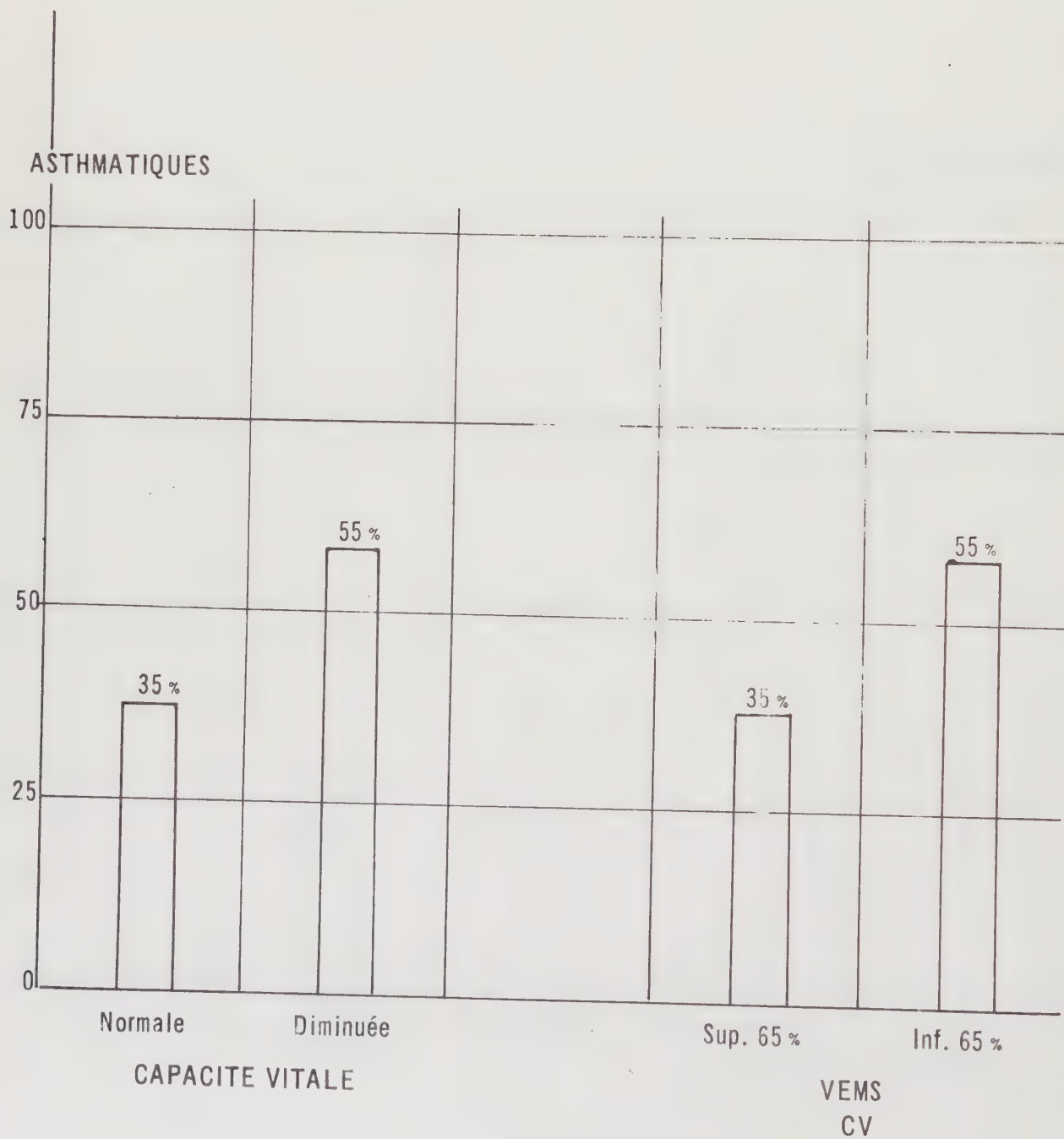


Tableau V

EXPLORATION FONCTIONNELLE
(- 2 -)

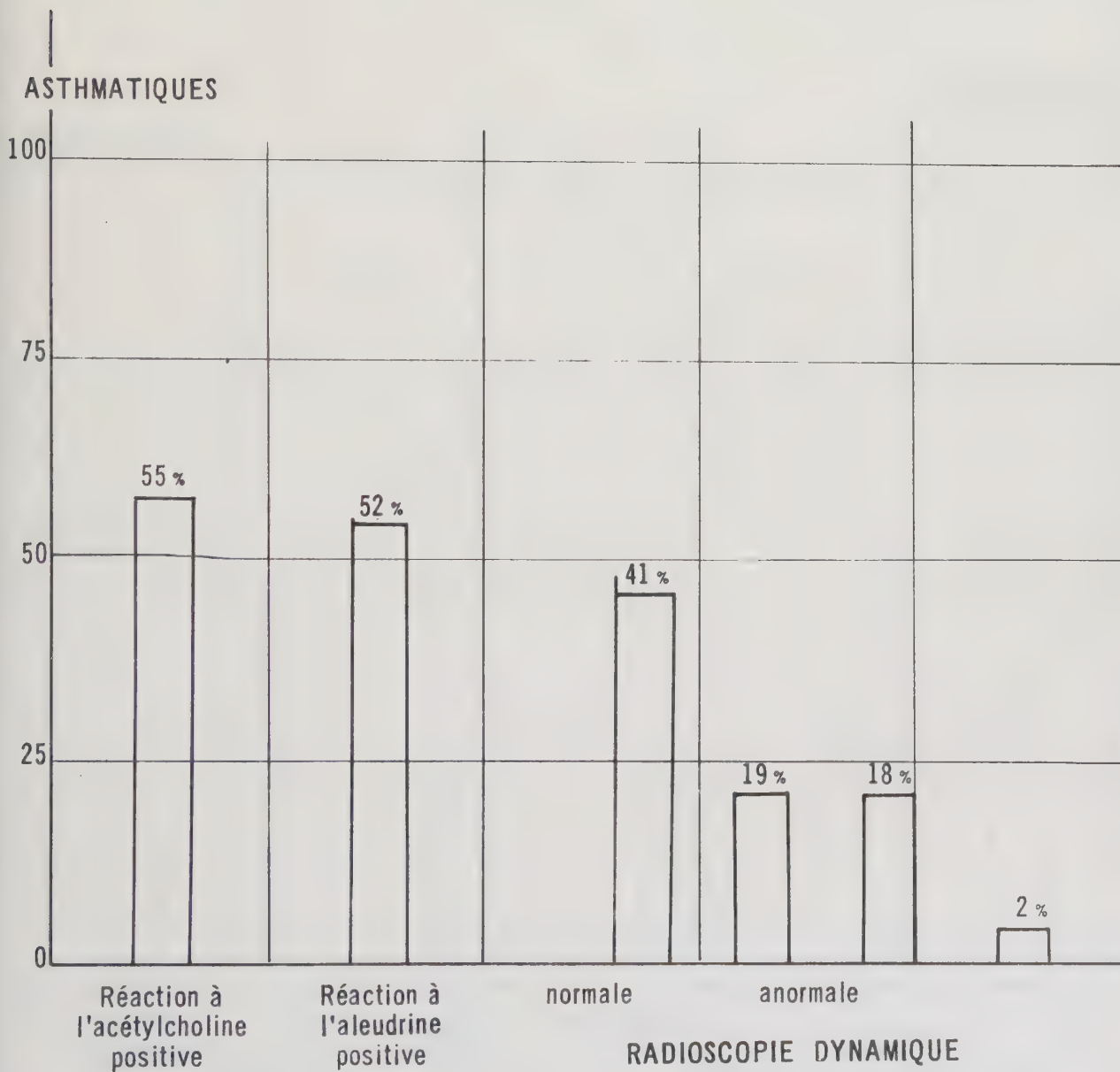


Tableau VI

FACTEUR ALLERGIQUE
(- 1 -)

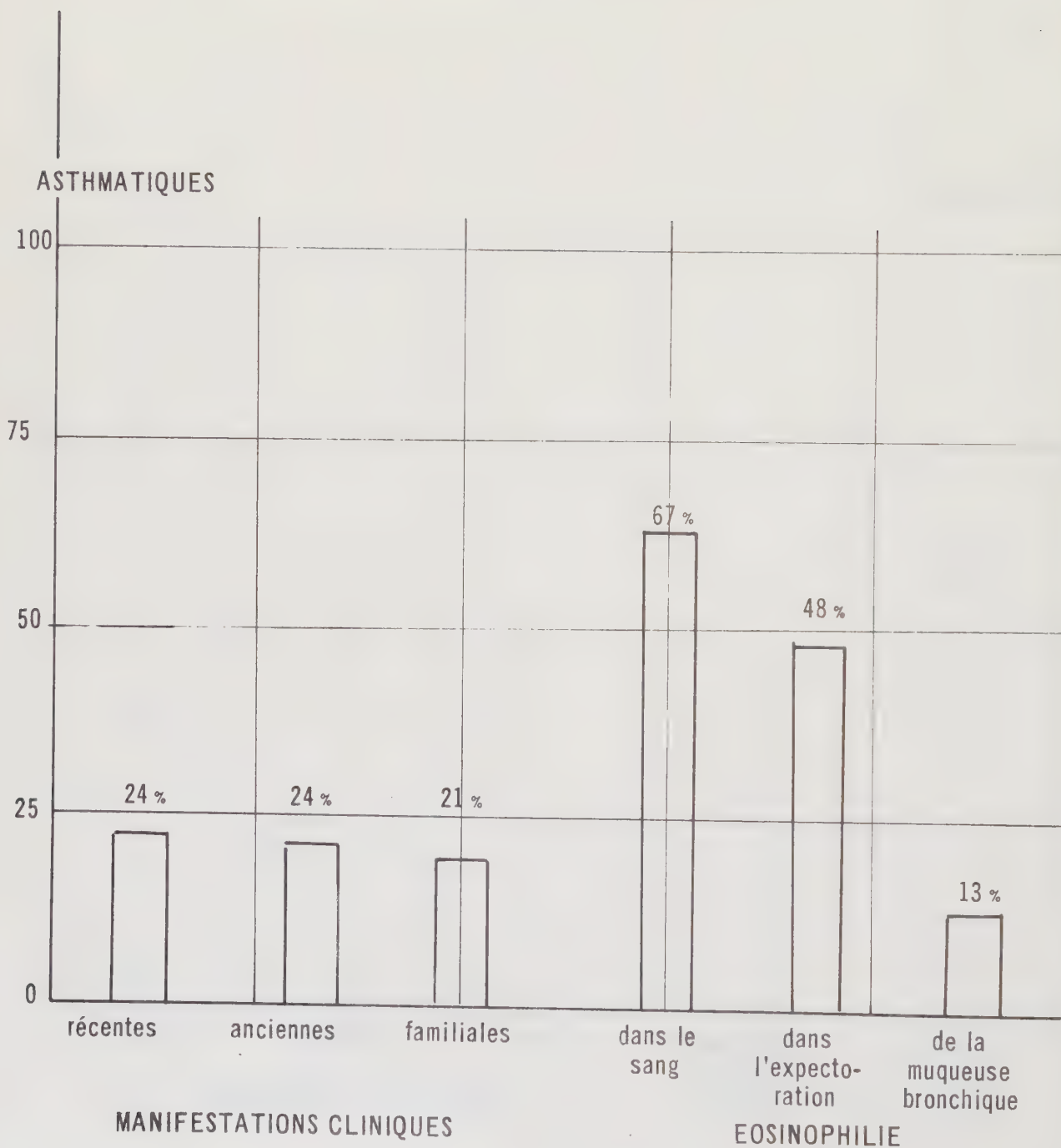


Tableau VII

FACTEUR ALLERGIQUE
(- 2 -)

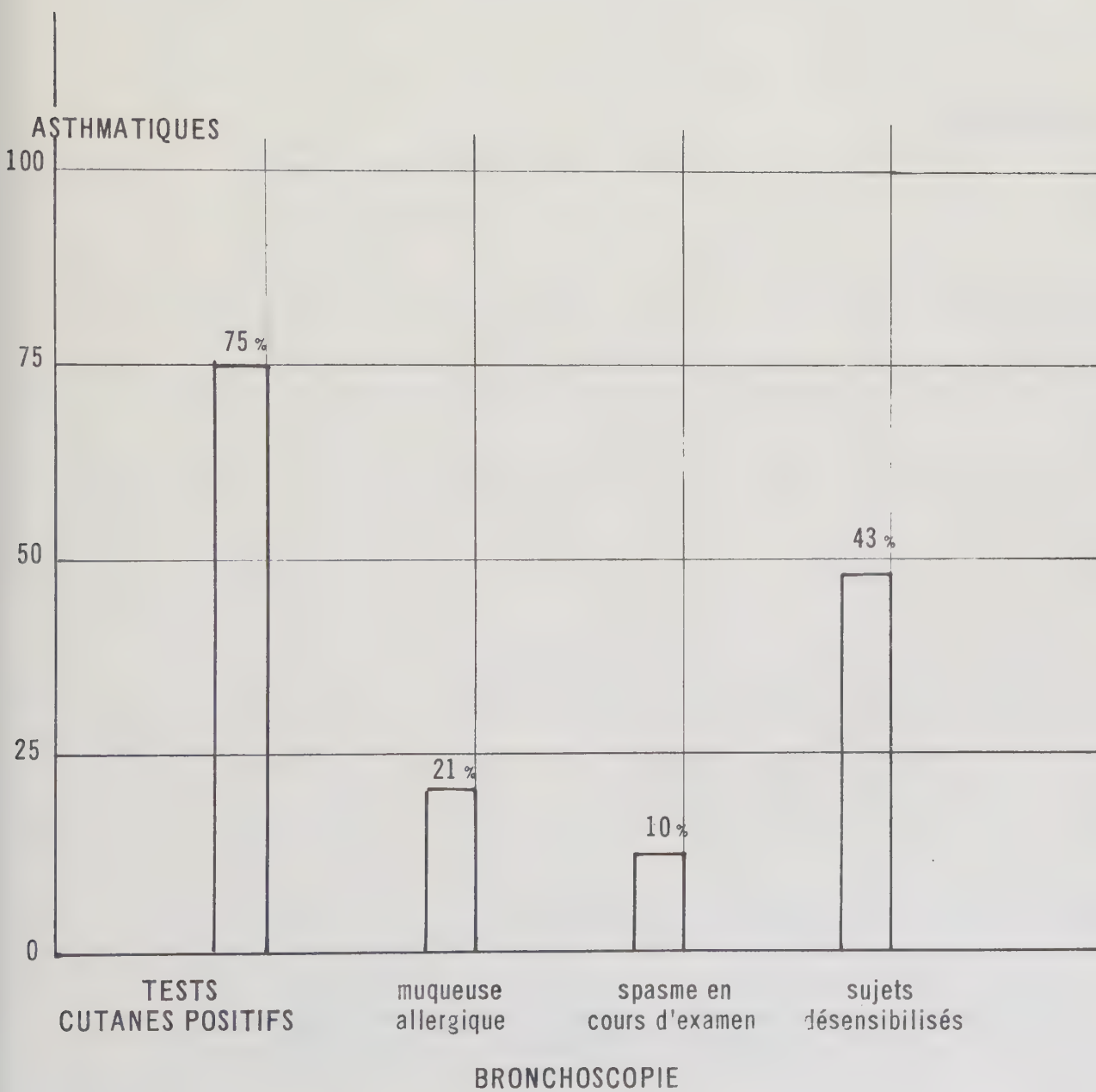
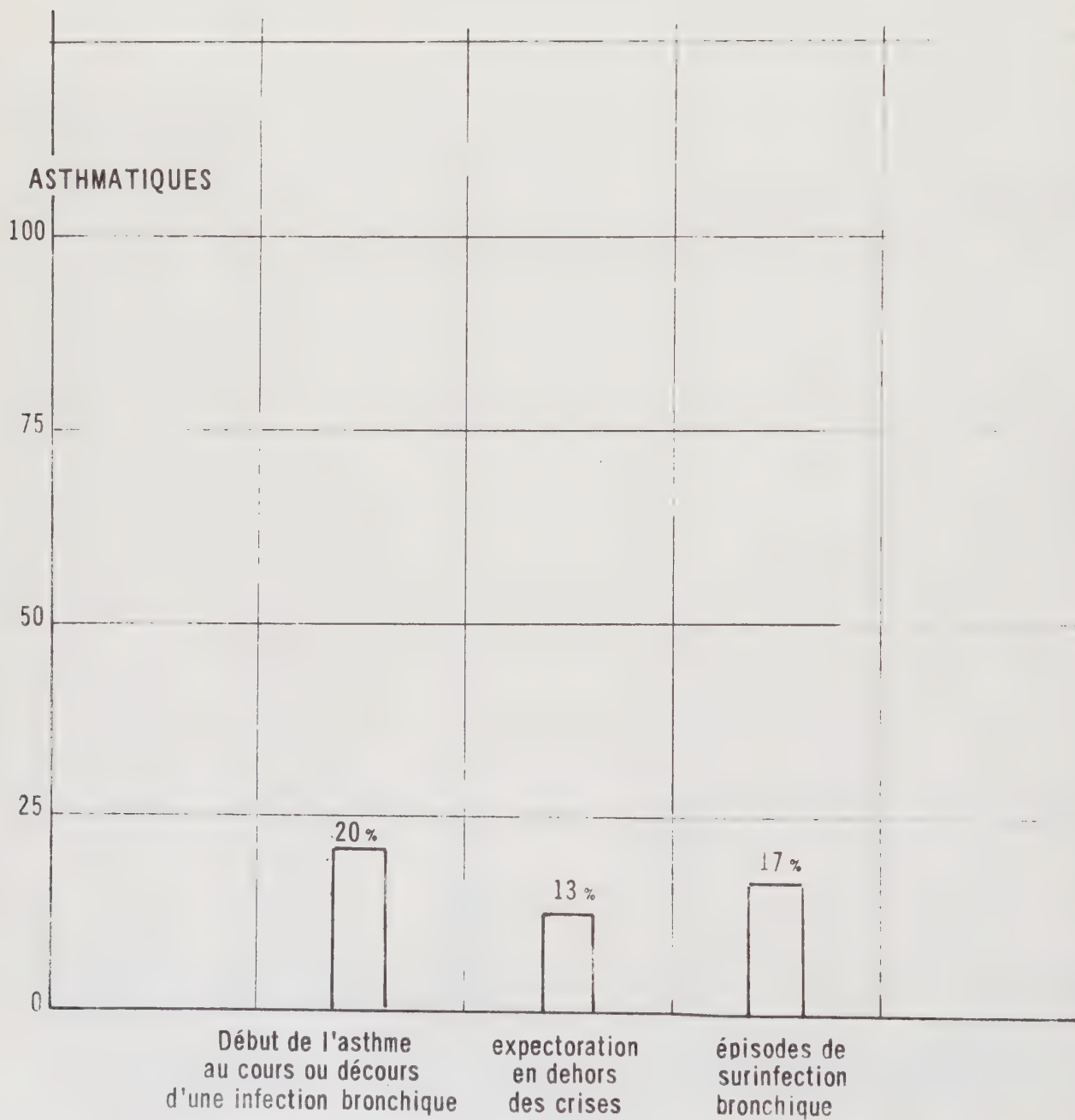


Tableau VIII

FACTEUR INFECTIEUX



ETUDE DU FACTEUR PSYCHOLOGIQUE

A - PREUVES DE SON INTERVENTION

Elles sont de deux ordres : expérimentales et cliniques.

1 - Des études expérimentales - relatées par Delay et Ziwar - sur les rapports entre les facteurs allergique et psychologique, il résulte que :

- Certaines crises semblent bien provoquées par le *mécanisme du réflexe conditionné*, par exemple :
 - MACKENZIE a pu déclencher des crises chez une asthmatique sensible à l'odeur de rose, en lui présentant une rose artificielle ;
 - GALUP rapporte que la vue d'une auto au cinéma provoqua une crise à un asthmatique sensibilisé à l'odeur des gaz d'échappement.
- Des crises peuvent être provoquées par *suggestion hypnotique*, alors que les réactions cutanées à l'allergène invoqué sont négatives.
- A l'inverse, on a pu inhiber par *suggestion hypnotique* l'effet d'une substance allergisante (exemple de la vendeuse de tabac sensibilisée à celui-ci).

Ces différents faits permettent donc "de formuler l'hypothèse que l'émotion peut provoquer des crises" (DELAY et ZIWAR), quoiqu'il ne soit pas toujours aisé de le prouver.

2 - Preuves cliniques : ce sont

- Les observations où des accès d'asthme sont provoqués
soit par des influences psychiques, de caractère varié (conflits affectifs, émotions violentes, évocations mentales de souvenirs, d'expériences vécues antérieurement . . .)
soit parfois par la psychothérapie, l'auto ou l'hétérosuggestion.
- Les observations où des accès ont pu être réprimés par ces mêmes influences psychiques.
- Les observations où alternent, chez un sujet allergique, des accès d'origine allergique et psychique, ceux-ci liés de façon manifeste à des **influences d'ordre psychique** ;
- Enfin, peut-être, la relative fréquence avec laquelle sont retrouvées des tares nerveuses chez les asthmatiques.

B - SA PLACE PARMi LES DIFFERENTS FACTEURS DE L'ASTHME

1 - Très nombreux sont les auteurs qui soulignent :

- l'importance de la participation du psychisme dans l'asthme, et d'ailleurs dans le processus des maladies allergiques en général .
- le fait que la situation psychique est primaire et joue, de ce fait, un rôle primaire important ;

les allergistes d'ailleurs (EISENBERG) soulignent le fait que les nombreux sujets qui souffrent de manifestations allergiques et qui ne répondent pas, ou modérément, au traitement anti-allergique usuel, présentent habituellement une composante psychologique, qui doit être traitée avant qu'une amélioration clinique puisse être es-
pérée ;

cette relation est d'ailleurs difficile à établir objectivement, les rapports du physique et du psychisme n'étant pas extériorisés de façon précise.

2 - L'importance numérique des asthmes avec facteur psychologique est ainsi assez diversement appréciée suivant les auteurs et leurs tendances :

- Opinion des allergologues : au Troisième Congrès Européen d'Allergologie (Rome 1956), BRUCE PEARSON évalue à 20 % les cas d'asthme où le facteur émotif paraît considérable, donc relevant entièrement de la maladie psycho-somatique ;
- Certains psychiatres auraient tendance à dire 100 % ;
- Dans le Service du Professeur KOURILSKY : une première étude, portant sur 52 cas d'asthme - thèse de MIGNOT - avait révélé :
 - dans 26,9 % des cas : un trouble psychologique important et prédominant ;
 - dans 53,8 % des cas : un trouble psychologique net ;
 - soit au total un trouble psychologique dans 80 % des cas

De nouvelles séries d'asthmatiques, avec étude psychologique complète, ont confirmé cette corrélation importante

Ce qui rejoint d'autres opinions, à savoir que la "commande nerveuse" est importante ou au moins existante dans 80 % des cas

C - SA NATURE

Nous ne pouvons entrer ici dans le détail d'une étude qui sera faite ailleurs. L'expérience que nous avons faite dans le Service du Professeur R. KOURILSKY, nous a permis de constater que c'est essentiellement un conflit psychologique, conscient ou inconscient, propre à chaque sujet, dans lequel il vit, et vis à vis duquel il réagit avec sa propre texture psychologique.

Ce conflit est presque toujours une frustration que le sujet refuse d'accepter, mais qu'il ne peut ni faire cesser ni dominer.

C'est l'état de dépression anxieuse, secondaire aux crises, que le sujet met immédiatement en avant, mais il passe sous silence la longue période dépressive qui a précédé celle-ci, et dont le rôle est essentiellement d'être amplificateur et multiplicateur des crises.

M. GENDROT a publié il y a quelques années la démonstration de ces faits.

Avant de les développer, il faut cependant étudier d'une façon analytique :

- Les principales études sur la personnalité des asthmatiques ;
- Le rôle des émotions ;
- Le rôle des réflexes conditionnés.

I - Les études de la STRUCTURE CARACTERIELLE des asthmatiques :

ont révélé essentiellement *leur tempérament affectif*.

1 - ROGERSON, HARDCASTLE, DUGUILD : montrent à partir d'enfants asthmatiques que :

La plupart des enfants sont l'objet de soins exagérés et d'une sollicitude protectrice anormale de la part de leurs parents.

Cette sollicitude exagérée résulte de causes variables :

- enfant seul survivant ;
- enfant né alors que non désiré : dans ce cas la mère, ne désirant pas réellement son enfant, éprouve un sentiment de culpabilité qu'il lui est difficile de reconnaître consciemment et qu'elle répudie fortement ; par réaction, elle essaie alors de redoubler de soins et de sollicitude vis à vis de l'enfant : attitude conflictuelle.

La réaction de l'enfant est une dépendance affective - un manque de confiance en soi - des signes d'angoisse - puis plus tard de l'agressivité :

L'enfant asthmatique est d'abord anxieux, peu sûr de lui, renfermé, et apparaît ainsi souvent réprimé et soumis ; puis, cet état crée une tension en lui, il devient plus tard agressif et dominateur.

Sa personnalité est bien individualisée : il est assez agressif pour faire son chemin (besoin de domination) et assez anxieux pour réclamer une attention continue (demande de protection de ses parents) ; conséquence de ce besoin exagéré : un état de frustration qu'il ne peut ni tolérer ni repousser.

Ce type de personnalité vient, d'après ROGERSON, d'une hypersensibilité, d'une irritabilité anormale : "le mot irritable s'adressant aussi bien à l'esprit qu'à la peau".

Ces caractéristiques entrent bien d'autre part dans le déterminisme de l'asthme et n'en sont pas la résultante, car

- Il a été établi qu'elles existaient avant lui ;
- Le fait d'encourager chez les enfants une plus grande indépendance, tout en demandant aux parents de montrer moins de sollicitude inquiète, conduit, dans la majorité des cas, à des résultats plus satisfaisants

2 - MILLER et BARUCH ont montré, à partir d'une étude sur 90 enfants asthmatiques, que :

Les mères de 98 % de ces enfants se sont révélées 'du type rejetant', c'est-à-dire hostiles envers leurs enfants, malgré une attitude de sollicitude réactionnelle

3 - Surtout, FRENCH, ALEXANDER, et leurs Collaborateurs, étudiant à la fois des enfants et des adultes (par la psychanalyse), ont montré que :

Tout au long de la vie de ces malades, apparaît la peur de perdre l'amour et la protection de la mère ou de son substitut.

La crise d'asthme tend à être précipitée dans les situations qui menacent de séparer le malade de ceux-ci. La séparation appréhendée peut être une séparation physique, plus souvent c'est le danger de perdre le lien affectif avec eux par suite d'une tentation à laquelle le sujet se sent exposé

La crise d'asthme, dyspnée expiratoire, semble être alors l'équivalent de l'inhibition de la confession (liaison mère-enfant) et des pleurs (qui servent à rappeler la mère auprès de l'enfant) qui utilisent également la phase expiratoire de la respiration

D'ailleurs, le traitement psychologique rend quelquefois aux asthmatiques, qui étaient jusque-là incapables de pleurer, la capacité de le faire dans des situations qui, habituellement, provoquaient chez eux la crise.

Les réactions psychologiques de défense contre ce conflit - traits caractériels et attitudes - sont variables, expliquant la divergence apparente de ces malades :

- soit attitude provocatrice et agressive pour maîtriser le sentiment de dépendance et d'insécurité ;
- soit parodie d'une attitude indépendante ;
- soit recherche de la réconciliation avec la mère en veillant constamment à ce qu'elle ne soit pas offensée, quelles que soient, pour le malade, sa conduite et ses impulsions perturbatrices

Ainsi donc, toute velléité (agressive ou sexuelle) que le malade considère comme une menace contre la bonne entente avec sa mère provoque angoisse et asthme s'il ne réussit pas à s'en défendre par la réconciliation ou tout autre moyen de défense. Si le malade considère que la confession peut jouer contre lui, il hésite et ne se confesse pas : c'est à ce moment précis que la crise éclate.

4 - En marge de ces études et de bien d'autres, beaucoup d'auteurs ont cependant fait remarquer :

Qu'il n'y avait pas à proprement parler de profil psychologique asthmatique, malgré deux traits presque toujours constatés :

- La dépendance excessive du sujet, vis à vis de sa mère ou de son substitut, souvent déterminée par une attitude hyperprotectrice de celle-ci, se prolongeant par un manque d'affirmation dans la vie ;
- L'angoisse, étroitement liée à cette situation constante de dépendance, favorisée par le climat d'insécurité, rançon de l'hyperprotection inquiète de la mère ou au contraire de son absence

Et qu'il y avait dans les troubles de la personnalité des variations aussi grandes que dans les manifestations physiques de l'asthme (KNAPP).

- Les 40 asthmatiques que cet auteur a étudiés se sont classés depuis les sujets qui avaient peu de troubles psychologiques et une faible incapacité physique, jusqu'aux malades gravement troublés qui avaient un asthme rebelle et grave
- L'étude a montré une grande corrélation entre les troubles asthmatiques les plus graves et les troubles de la personnalité les plus sévères. Mais il s'est trouvé des sujets atteints d'un asthme grave sans problèmes de personnalité majeurs. Le contraire par contre ne semble pas vrai.

5 - En conclusion de ces études :

Dans la pathogénie de l'asthme, même allergique, intervient un facteur psychologique

Ses traits majeurs sont :

- Une nature anxieuse, liée
- à un besoin d'affection, resté primitif, impérieux, insatisfait ;
- et à une agressivité refoulée, dissimulée.

La tension et l'angoisse latente qui en résultent pourraient être dues aux manifestations asthmatiques, mais la personnalité primaire est affectée ; les conditions de l'environnement jouent sur les structures fondamentales du sujet un rôle très important, surtout lorsque l'asthme a commencé à se développer dans l'enfance.

Il faut souligner en outre, que la même structure psychologique se retrouve souvent derrière d'autres manifestations allergiques que l'asthme.

II - Sur ce fond psychique très particulier, l'importance des CHOCS EMOTIONNELS a toujours été remarquée.

Intégrés par les centres cortico-sous-corticaux, ils sont la cause de surcharges nerveuses qui ne peuvent pas toujours s'écouler normalement.

- 1 - D'une part, l'émotivité, l'hypersensibilité psychique sont de constatation extrêmement fréquente chez les asthmatiques .

Qu'elle soit isolée ou liée à la dépendance affective, la vulnérabilité émotionnelle de ces malades est souvent excessive

Le moindre épisode conflictuel entraîne alors une réaction émotionnelle intense qui peut provoquer une crise d'asthme, par la perturbation vaso-motrice et les réactions qu'elle entraîne (les connexions hypothalamo-hypophysaires permettent de les comprendre)

C'est ainsi qu'a toujours été souligné le rôle des émotions dans l'entretien et l'aggravation de l'asthme ; dans des cas très rares une émotion a pu avoir, à l'inverse, un rôle suspensif des crises.

- 2 - D'autre part, des chocs émotifs brutaux - colère violente, frayeur, deuil imprévu et dramatique - peuvent parfois créer de toutes pièces un asthme par un mécanisme purement nerveux (JACQUELIN).

- Tantôt, sur un terrain broncho-pulmonaire modifié (par les séquelles d'une tuberculose, d'une broncho-pneumonie, de gaz de combat, par des poussées de rhino-trachéo-bronchite descendante, une bronchite chronique), voire même sur un terrain général modifié (par l'âge, un déséquilibre endocrinien...), un grand choc émotif, ou de petits chocs répétés viennent déclencher l'asthme.
- Tantôt, quoique beaucoup plus rarement - 3 % des cas, chiffre cité dans la thèse de PELLUAULT -, sans aucun passé pathologique, sans aucune anomalie broncho-pulmonaire décelable, un raptus émotif peut créer, non pas seulement une crise passagère, mais un asthme véritable et d'évolution chronique : asthme post-émotionnel à l'état pur

Ces cas, surtout le second, ont un intérêt pathogénique très important, car "les asthmes de cause émotionnelle ayant dans la plupart des cas la même symptomatologie que les autres, force est de conclure que la même perturbation vaso-motrice qui les provoque est d'origine non plus périphérique, mais centrale, psychogène, et non plus bronchogène." (JACQUELIN)

L'émotion agit en effet sur les centres neuro-végétatifs supérieurs et les faisceaux cortico-diencéphaliques sont, d'après l'auteur, les voies de conduction des asthmes d'origine psycho-émotive. Mais il admet qu'est nécessaire à leur éclosion un terrain psychique "particulier et favorable".

- 3 - Enfin, point commun de tous ces cas, les émotions qui provoquent des crises d'asthme ont toujours un caractère angoissant, par suite des circonstances ou du caractère du sujet. Il ne les exprime pas et la crise lui sert en quelque sorte d'exutoire.

III - Enfin, également important est le rôle du processus de la REPRESENTATION MENTALE :

Elle est également la cause de surcharges nerveuses.

Nombreux sont les exemples de :

- 1 - Crises par auto-suggestion où une cause occasionnelle, habituellement asthmogène - une heure précise, un repas - ou le simple fait de penser à une crise, suffisent à la déclencher.
 - 2 - Crises d'évocation : lors de l'évocation de circonstances habituellement génératrices de crises :
 - Effet asthmogène de la vue
 - d'une rose artificielle (MACKENZIE) ;
 - du tableau d'une prairie constellée de fleurs ;
 - du film d'une course d'automobiles (GALUP)
- et de tous les réflexes conditionnés en général.
- Dans l'asthme d'effort pur, l'évocation d'un effort suffit à déclencher la dyspnée, de même que le rêve d'un effort pendant le sommeil (asthme onirique).
 - D'où le rôle aggravant de la hantise des crises, qui comportent d'ailleurs un haut pouvoir émotionnel par leur survenue la nuit, leur soif d'air...
- 3 - Crises de provocation, celle-ci consciente ou inconsciente, crises exploitées pour éviter une épreuve quelconque, éluder des rapports pénibles, familiaux ou autres, ou, au contraire, attirer l'attention et les soins de l'entourage.
 - 4 - A l'inverse, la distraction mentale, qui fixe ailleurs l'attention, a souvent une action préventive ou suspensive des crises.

IV - Les études effectuées dans le service du Professeur R. KOURILSKY.

ont conduit à une conception bien précise de la nature et du rôle du facteur psychologique dans l'asthme. Les résultats ne sont pas encore publiés, quoique le travail soit en cours depuis près de huit ans. Ce délai est dû à la volonté de ne rien avancer qui n'ait été pratiquement confirmé d'une façon répétée.

Nous résumerons très sommairement ceux ci dans les lignes suivantes ; nous avons pu nous assurer personnellement de leur exactitude. C'est pourquoi nous en faisons état ici. Nous remercions le Docteur RAIMBAULT qui nous a guidé dans notre recherche.

- 1 - Dans l'étude initiale de 52 asthmatiques, exposée dans la thèse de MIGNOT, *l'EXISTENCE d'une influence psychologique*, en tant qu'élément pathogénique, a été trouvée dans 80 % des cas :

En effet une modification thérapeutique obtenue sur le psychisme y a exercé à elle seule une influence précise sur l'asthme.

Les constatations ont révélé deux ordres de faits :

Tantôt, il s'agissait d'un trouble psychique important et prédominant (27 % des cas) :

- dans la majorité des cas, une psychasthénie anxieuse, où l'anxiété n'était pas réactionnelle, mais caractérisait le terrain psychologique de base. Les autres troubles observés étaient : une dépression mélancolique - une paranoïa - un état d'excitation à tendance hypomaniaque.
- L'asthme qui, dans ces cas, évoluait de façon grave et rebelle, n'a pu être amélioré que lorsque l'état psychique a pu être traité et lui-même amélioré.
- Tous les états de mal ont été observés chez ces malades.

Tantôt, il s'agissait de troubles psychiques mineurs (53 % des cas), de beaucoup les plus fréquents, parmi lesquels les classiques troubles d'hypertonie psycho et neuro-végétative (inquiétude - anxiété réactionnelle - neurotonie), troubles généralement consécutifs à une fatigue morale, à des ennuis, ou à un surmenage intellectuel.

Tels étaient les résultats de ce premier travail.

Une autre série d'asthmatiques a été étudiée de 1948 à 1952 ; elle a apporté des conclusions identiques

Bien que non encore terminé, le grand travail en cours dans le Service depuis 8 ans, a permis de confirmer et de compléter l'importance et les modalités de l'intervention du facteur psychologique dans l'asthme.

Sur les 100 dossiers d'asthme s'étalant sur les 4 dernières années, que nous avons dépouillés pour notre part, nous avons trouvé :

- L'existence d'un facteur psychologique nettement démontré, chez 66 malades, soit dans 66 % des cas.
- L'existence de signes importants de neurotonie, dans 60 % des cas.

2 - Sa RECHERCHE doit se faire par un examen psychologique précis.

Elle n'est pas du tout forcément le fait d'un psychiatre ou d'un analyste : d'ordre essentiellement psychologique, elle nécessite cependant de la part du médecin certaines connaissances de la psychologie.

Elle doit être systématique pour plusieurs raisons :

- D'abord parce que l'expérience a montré que, même lorsque diverses influences circonstanciées (lieu, climat, allergènes) jouent un rôle apparemment de premier plan, il existe très fréquemment, en plus, un facteur psychologique, non connu, jouant simultanément son rôle au même moment : il est dans ces cas en effet surprenant de constater combien sa découverte et son traitement ont une influence sur l'asthme et souvent aussi sur les circonstances provocatrices de celui-ci.

- Parce que les difficultés psychologiques ne se livrent pas facilement, et sont souvent tellement dissimulées - voire déniées - par le sujet, que, hormis les cas où certaines coïncidences mettent sur la voie, la relation échappe sans une enquête précise.
- Parce qu'il ne faudrait pas mettre leurs manifestations extérieures - inquiétude, anxiété - souvent épisodiques, sur le compte de la répétition certes fort pénible des crises : c'est-à-dire méconnaître par là leur origine véritable. L'anxiété née de la maladie est une chose, l'anxiété née d'un conflit psychologique en est une autre, et c'est l'essentielle au point de vue étiologique.
- Parce que enfin, l'examen psychologique seul permet de déterminer la place réelle de ce facteur parmi tous les autres facteurs de l'asthme.

L'examen psychologique doit ainsi préciser :

- L'existence éventuelle de conflits ayant précédé l'asthme et susceptibles d'avoir créé un terrain propice à l'éclosion de la maladie ;
- Les circonstances - notamment affectives - dans lesquelles sont apparues les premières crises ;
- La personnalité du malade, son caractère ;
- Sa biographie psycho-affective, et en particulier ses relations avec son entourage (parents, conjoint, famille en général) ,
 - ses conditions et habitudes de travail,
 - les traumatismes psychiques possibles (mort ou séparation de la mère ; mariage ; difficultés conjugales ; difficultés ou échecs professionnels ; changement de vie ; contraintes ...) ;
- le parallélisme éventuel entre les différentes phases de la maladie et les événements marquants de sa vie affective ;
- les réactions produites sur le psychisme par les crises ;
- enfin les tares nerveuses : antécédents ou coexistence éventuelle de manifestations psycho-névrotiques.

Parfois, cet examen doit être complété par un examen psychologique "technique" (tests de personnalité).

3 - DYNAMIQUE *psycho-biologique de l'asthme* :

Le facteur psychologique n'est pas une conséquence de la maladie, n'est pas une cause accidentelle, mais l'expression d'une souffrance du sujet dans telle ou telle situation

Il existe un rapport entre la structure psychique du malade, le fait que telle situation est conflictuelle pour lui et le fait qu'il fait de l'asthme.

Celui-ci apparaîtrait comme le court-circuit viscéral de l'intégration d'un choc émotionnel ou affectif, comme l'expression du conflit par une pathologie viscérale.

La crise surviendrait au sommet de l'accumulation d'angoisse, d'émotions, qui ne peuvent être intégrées, s'écouler normalement, et que le psychisme ne peut pas supporter.

Elle représenterait donc la libération somatique d'une rétention psychique : l'énergie qui ne peut s'exprimer en psychique s'exprimant en organique.

Les surcharges nerveuses, élément quantitatif du facteur psychologique sont :

- Toutes les émotions rentrées, qui n'aboutissent pas à leur terme normal de décharge ;
- Les chocs émotionnels qui débordent les possibilités d'intégration psychique, surtout contrariétés, abandons sentimentaux, blessures, échecs, insuccès, situations dévalorisantes, vie sans issue ;
- Les représentations psychiques d'un moment ou d'un objet angoissant, d'un allergène par exemple, expression d'un conditionnement réflexe.

La personnalité asthmatique est l'élément qualitatif.

Le terrain congénital est psycho-biologique

- biologique : apte à devenir allergique ;
- psychique : caractérisé en général par un besoin spécial de la mère (névrose de dépendance), la peur des objets (phobies primaires), un narcissisme infantile marqué. La phase phobique peut apparaître dès les premières années de l'enfance. la psychanalyse des enfants l'a montré

L'asthme éclate parfois lors d'une agression, parfois lors d'une surcharge nerveuse incontrôlable. La substitution, dans l'asthme infantile par exemple, d'un phénomène organique (la crise) à un phénomène nerveux (la phobie) éclaire sur la nature psychosomatique de la maladie.

Il existerait dans l'asthme une double déficience, biologique (du pouvoir histamino-protecteur), et psychique. L'asthmatique n'étant pas un autonome, malgré son caractère tonique, de réussite vitale ; il serait moins névrosé que régressé : des rappels inconscients de situations très infantiles interviendraient dans le déterminisme de son anxiété.

4 - La NATURE précise du problème psychologique est en effet presque toujours

un conflit de personnalité non résolu.

Le sujet est aux prises, le plus souvent inconsciemment, avec une "crise" psychologique latente.

Etant donné sa personnalité, il ressent telle ou telle situation, telle agression, tout choc émotionnel important, comme une frustration qu'il ne peut pas accepter, mais qu'il ne peut non plus ni faire cesser ni dominer : situation conflictuelle.

Cette attitude remonte généralement à l'enfance, mais c'est souvent plus tard, à l'adolescence ou à l'âge adulte, lors de nouvelles circonstances précises de frustration, que la première crise éclate.

Mais, ni ce conflit, ni les réactions qu'il entraîne, ne semblent être la caractéristique d'un tempérament unique pour tous les asthmatiques. Malgré certains traits caractériels communément retrouvés, chacun a, en réalité, sa propre texture psychologique et réagit vis à vis de la frustration en fonction d'elle. Chaque cas est un cas d'espèce et doit être diagnostiqué comme tel.

La frustration est le plus souvent d'ordre affectif : la dépendance affective du sujet vis à vis d'un être déterminé en est la raison. Elle résulte fréquemment d'une situation familiale, d'un problème sentimental. Mais elle est parfois due à une situation professionnelle ou sociale quelconque.

Indépendamment de cet état, lié au sujet lui-même, l'inquiétude, l'anxiété même, qu'entraîne la répétition des crises peut être un des éléments du tableau psychologique.

L'illustration de tous ces faits est donnée par dix observations que nous relatons dans un chapitre suivant

De toute manière, le facteur essentiel qui apparaît, presque dans tous les cas, être le chaînon entre le conflit psychologique et l'asthme est la tension. Le conflit provoque en effet un état d'insatisfaction et d'agressivité rentrée d'où la tension intérieure ou l'anxiété.

5 - Sur la *SERIE des 100 asthmatiques* que nous avons étudiés, nous avons constaté une tension anxieuse dans 65 % des cas.

Ses causes sont schématisées sur le tableau X. Mais, malgré la distinction qui est faite entre l'origine réactionnelle et caractérielle de la tension, les chiffres ne traduisent pas, de façon formelle, une opposition entre les deux types classiques d'anxiété :

- réactionnelle, "par situation" ;
- névrotique, constitutionnelle.

Ils signifient ici que

1 - en tant que conflit responsable de l'anxiété, intervenaient

- un problème familial, dans 33 % des cas ;
- un problème professionnel, dans 6 % des cas ;
- une situation diverse, dans 5 % des cas.

- 2 - un caractère névrotique a été trouvé au sujet, dans 33% des cas, simple coïncidence avec le chiffre précédent-.
- 3 - devant un problème traumatisant (familial, professionnel ou autre) le sujet pouvait présenter ou non un caractère névrotique.
- 4 - ont été relevés des antécédents
 - névrotiques, dans 3% des cas;
 - psychotiques dans 2% des cas.

Les problèmes affectifs familiaux les plus fréquents, générateurs de l'anxiété, ont été: la menace de séparation ou la séparation effective d'avec un parent; la perte de celui-ci; une mésentente, incompatibilité ou séparation conjugale; des déceptions sentimentales...

Parmi les problèmes professionnels, surtout des aspirations insatisfaites, des échecs, une situation dévalorisante (idée vraie ou fausse d'être brimé à un poste de travail, de ne pas occuper une place équivalente à ses possibilités).

Parmi les situations traumatisantes diverses, citons le cas de sujets affectés par l'âge, une baisse importante de leurs capacités physiques, la mise à la retraite...

Enfin, le caractère névrotique était caractérisé, selon les cas, par l'existence de traits obsessionnels, hystériques, de manifestations psycho-somatiques antérieures, une tendance paranoïde ou dépressive.

Ailleurs, le sujet, asthmatique depuis longtemps, angoissé par sa maladie et ses multiples conséquences familiales, professionnelles, avait acquis un comportement de névropathe, anxieux émotif et instable.

Le tableau IX indique qu'ont été constatés des signes de neurotonie dans 60% des cas, soit chez 60 malades;

- Ces malades présentaient tous des signes fonctionnels;
- 47 seulement des signes objectifs.

Le tableau XI indique le pourcentage des cas où un conflit de base a été mis nettement en évidence;

- dépendance affective chez 23% des malades;
- immaturité affective chez 13%;
- conflit entre agressivité et contrôle moral personnel chez 12%;

Tableau IX

FACTEUR PSYCHOLOGIQUE

1 - signes de neurotonie

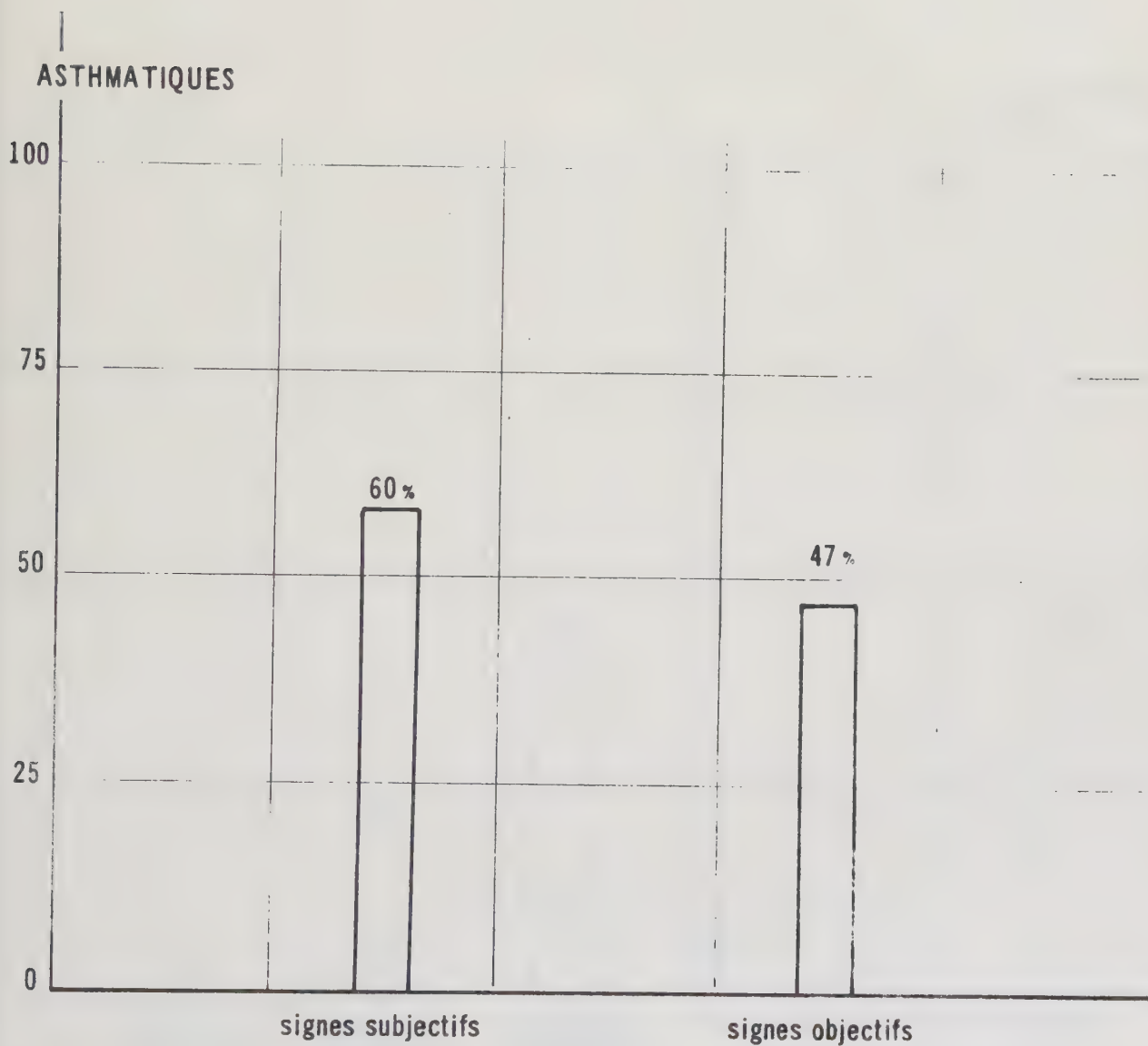


Tableau X

FACTEUR PSYCHOLOGIQUE

2 - Tension anxieuse - origine

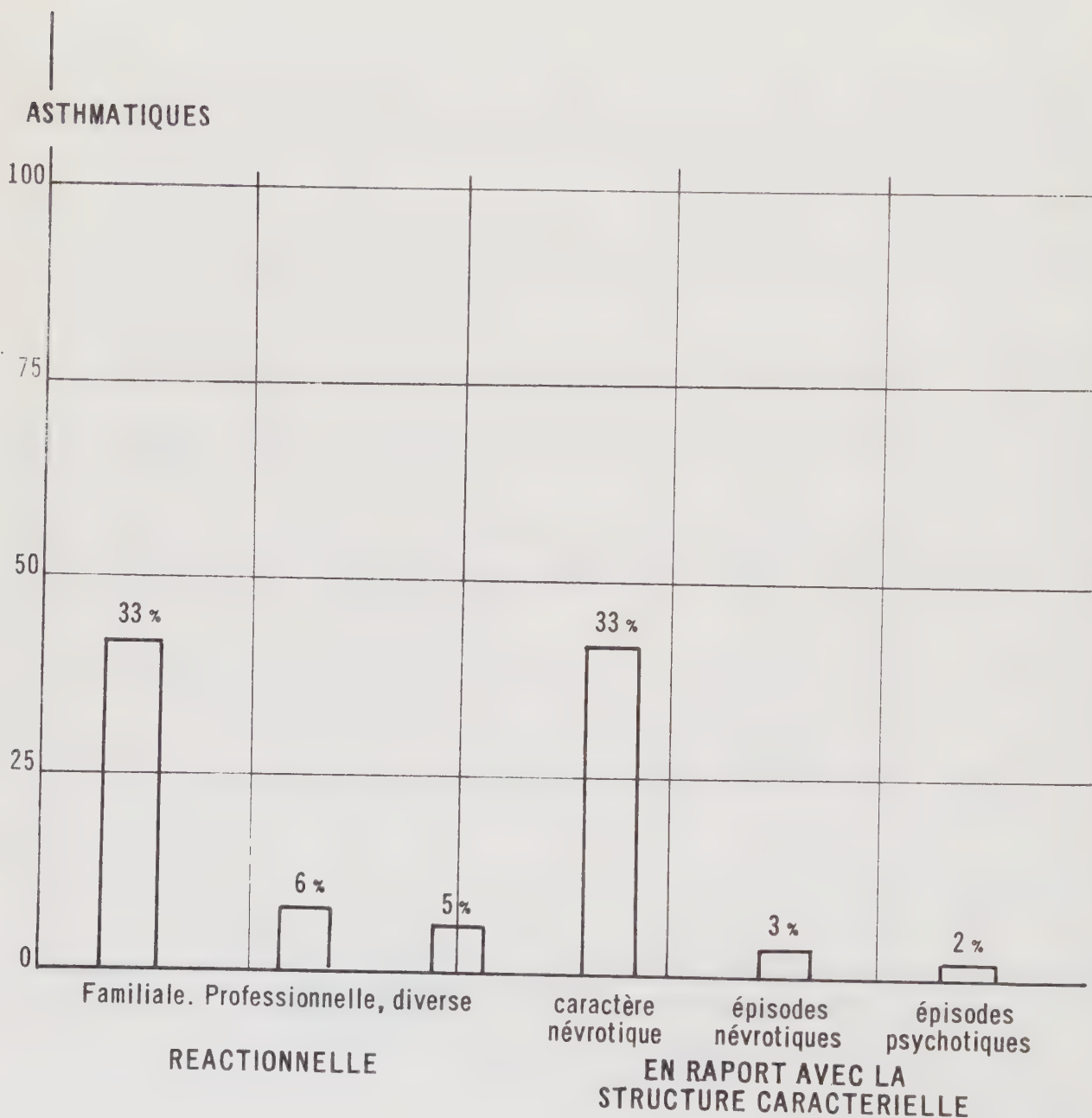
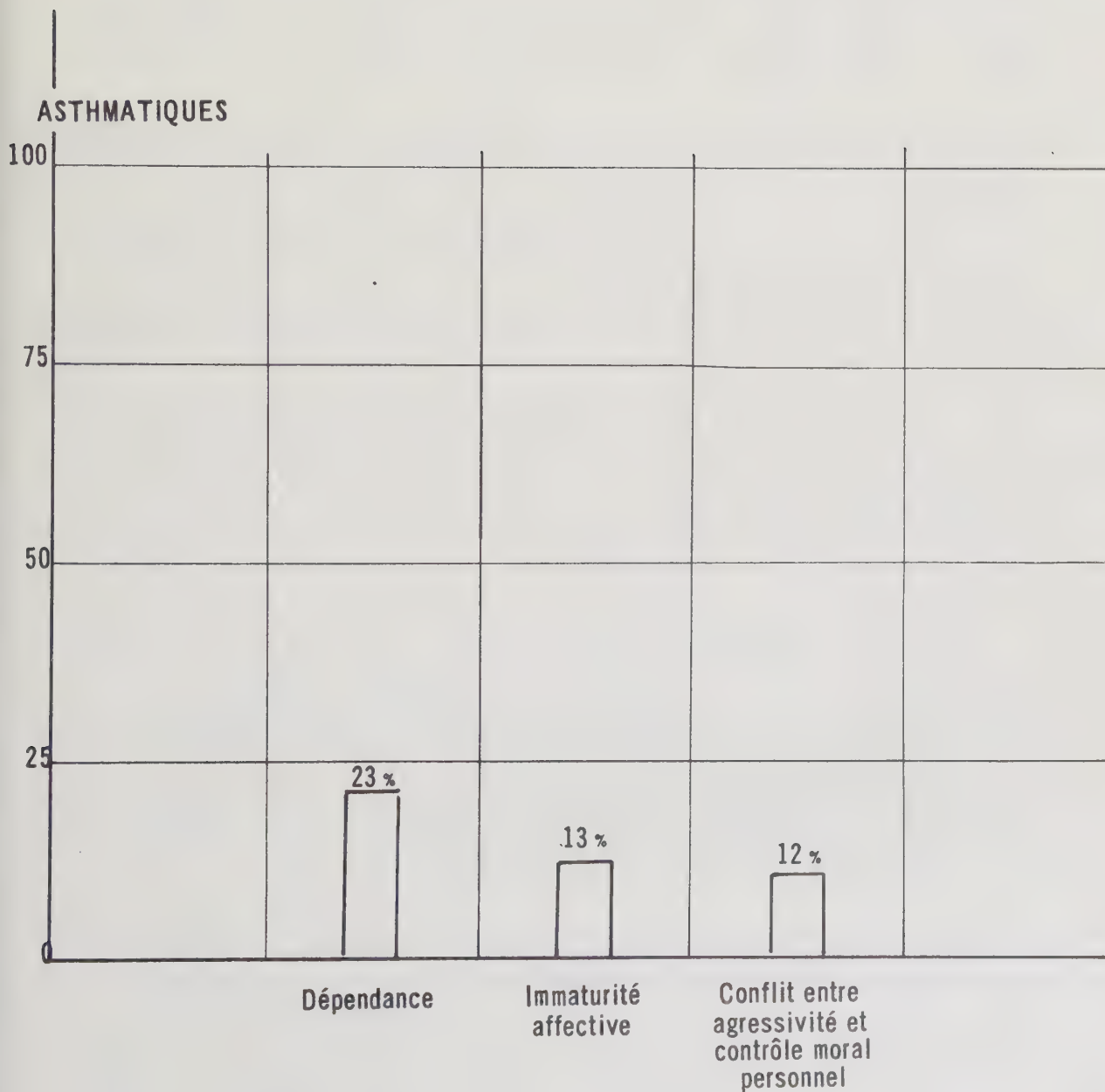


Tableau XI

FACTEUR PSYCHOLOGIQUE

3 - Conflit de base



6 - L'INFLUENCE du facteur psychologique sur l'asthme a donc pour intermédiaire la tension intérieure.

Tension psychique et hypertonie neuro-végétative en sont les manifestations.

C'est un fait acquis de dire que l'asthmatique supporte fort mal la tension : tous les auteurs ont signalé l'influence nocive des agressions psychiques, notamment affectives. Nombreux sont les exemples de recrudescence frappante des crises en liaison avec des périodes critiques de difficultés psychologiques, recrudescence qui peut aller jusqu'à l'état de mal.

Celui-ci survient souvent en effet lorsque la crise arrive à son paroxysme, le plus souvent lors d'une frustration grave ou de traumatismes affectifs répétés.

Les influences nerveuses, déclenchées par l'élément psychologique, font ainsi varier à la manière d'un véritable rhéostat, à la fois l'intensité et la fréquence des crises : leur rôle est essentiellement d'être AMPLIFICATEUR et MULTIPLICATEUR des crises.

Fait important, ces influences sont en outre constantes, quotidiennes, reflet de l'état psychologique permanent du malade :

"elles entretiennent les signes respiratoires et les modèlent sur le comportement psychologique du sujet" (R. KOURILSKY).

Donc, indépendamment des autres circonstances invoquées dans le déclenchement des crises, qui jouent effectivement leur rôle, et indépendamment des cas où des coïncidences familiales, sociales, mettent sur la voie, l'influence psychologique doit surtout être incriminée devant des crises dyspnéiques,

- violentes ;
- ou survenant dans des circonstances spéciales ;
- ou affectant une périodicité particulière.

Mais en fait, nous l'avons vu, elle doit être recherchée systématiquement,

- dans tous les asthmes, où elle peut être latente, mais intervenir simultanément aux facteurs qui paraissent les plus en cause ;
- y compris les asthmes continus, sans crises, où, comme l'infection, elle est un facteur d'invétération de l'asthme.

★

★

★

LES TROUBLES NEURO-VEGETATIFS

Leur influence dans la pathogénie de l'asthme a toujours été estimée importante.

d'ailleurs, quelle que soit la cause majeure d'un asthme, la crise ne peut s'expliquer que par une action sur le système vago-sympathique : l'asthme doit être considéré comme le résultat d'une excitation globale du système nerveux bronchique qui contrôle la musculature, la vascularisation, et la sécrétion des bronches, mais survenant sur un terrain de dystonie neuro-végétative permanente. L'excitation locale est généralement due à une réaction hyperhistaminique déclenchée par un agent réactogène quelconque. L'hypertonie d'origine psychique renforce considérablement les effets produits.

1 - La dystonie est, en général, globale :

Il a été montré que les distinctions entre vagotonie et sympathicotonie sont artificielles.

Le système vago-sympathique est déséquilibré dans son ensemble : il devient hyperexcitable, et répond de façon désordonnée à des excitations même minimes

Cette hypertonie n'empêche cependant pas, selon les cas, une prédominance sympathicotonique, ou vagotonique, la plus fréquente. celle-ci dépend du 'réglage' préalable du sujet sur l'un ou l'autre système.

- Il n'est pas toujours facile de la déceler : du fait de l'amphotonie, sont associés des symptômes qui relèvent du vague et du sympathique.
- de toute façon, cette prédominance ne s'est révélée d'aucune importance diagnostique ou thérapeutique, les malades étant généralement traités par des médicaments anti-nervins amphotropes, à l'exclusion, dans la mesure du possible, de toute drogue neuromimétique à action élective.

L'excitabilité des centres supérieurs est en effet souvent modifiée :

- Centres respiratoires bulbaires :

SANTENOISE et ses Collaborateurs ont montré qu'il existait chez les asthmatiques une diminution de l'excitabilité biochimique des centres respiratoires, mise en évidence par le test au CO₂ - qui entraîne une aptitude anormale aux réflexes d'apnée ou de bradypnée, ainsi qu'une diminution de la ventilation pulmonaire -. Cette anomalie de la régulation nerveuse de la fonction respiratoire serait peut-être un des facteurs qui polarisent la dystonie sur le poumon.

- Centres diencéphaliques :

JACQUELIN, ROMAN et CRAMER ont insisté pour leur part sur l'importance des centres neuro-végétatifs hypothalamiques dans le déterminisme, l'entretien et l'évolution de l'asthme ;

Leur argumentation est succinctement celle-ci :

- présence d'un déséquilibre neuro végétatif général, accompagnant les manifestations asthmatiques ;
- coexistence fréquente de troubles diencephaliques caractérisés et d'asthme ;
- possibilité de dérèglements endocriniens, satellites de l'asthme notamment génitaux - témoins de perturbations hypophyso-diencephaliques ;
- fréquence du contexte psychique de l'asthme ;
- déclenchement d'asthmes à la suite de chocs émotionnels ;
- caractère de drame hypnique de l'asthme.

La thèse de ces auteurs est que le dysfonctionnement des centres neuro végétatifs supérieurs, situés à l'étage diencephalique, est capable d'expliquer : d'une part les manifestations amphotropes (donc simultanément ortho et parasympathiques) qui sont la caractéristique de la plupart des asthmes, d'autre part le fait que le dérèglement vaso-moteur, exsudatif, spasmodique même, ne se limite pas chez l'asthmatique à l'appareil respiratoire mais s'étend à beaucoup d'autres domaines.

Quant à l'influence des facteurs psychiques, notamment le déclenchement de certains asthmes à la suite de chocs émotionnels, elle est parfaitement expliquée par les importantes connexions cortico diencephaliques. Il existe en effet des centres corticaux au système nerveux végétatif, mais ils n'exercent leur action que par l'intermédiaire des centres diencephaliques. Le diencephale apparaît donc comme le relais nécessaire de toutes les excitations corticales" (TINEL).

Ajoutons que l'influence du diencephale semble en outre prouvée par des études électroencéphalographiques

2 - Son origine :

Cette dystonie relève :

- d'une part d'une prédisposition génétique, constitutionnelle, qui se retrouve souvent. beaucoup d'auteurs y ont insisté ;
- d'autre part et surtout de l'état psychique (inquiétude, anxiété), par l'intermédiaire des centres neuro-végétatifs supérieurs ;

Ce fait est très important. nombreuses en effet sont les observations de la préexistence des problèmes psychologiques et de la neurotonie consécutive, par rapport à l'asthme.

- Les facteurs digestifs, hépato vésiculaires, endocriniens peuvent aussi retentir sur l'équilibre du système neuro-végétatif.

Cette dystonie neuro-végétative générale, permanente, fait ainsi partie du substratum du terrain asthmatique, ce qui n'exclut pas que l'asthme, à son tour, puisse l'exagérer - cercle vicieux -.

Tous ces faits ont été démontrés.

3 - Ses conséquences :

La neurotonie a essentiellement un effet amplificateur des manifestations respiratoires de l'asthme et de l'allergie :

Effets sur les manifestations respiratoires de l'asthme :

- Il est incontestable que la tension psychique augmente l'irritabilité de l'organisme; par l'hypertonie nerveuse qu'elle engendre, elle retentit sur toutes les conséquences réflexes et provoque dans tout le système nerveux autonome une surcharge d'influx ou une modification d'excitabilité.

Elle diminue le seuil de l'excitabilité des phénomènes spasmodiques, et favorise le bronchospasme.

- C'est un fait qu'elle peut, à elle seule, modifier le tracé spirographique, divers signes (instabilité du tracé, absence d'amélioration par un agent broncho-dilatateur chez un asthmatique avéré...) peuvent déceler la tension nerveuse.

Effets sur l'allergie :

- La neurotonie joue un rôle plus important encore sur la cause même de ces manifestations respiratoires, c'est-à-dire sur l'allergie et sur le dérèglement général qui l'accompagne.
- Ce rôle est encore amplificateur :
"Chez l'allergique, la tension anxieuse entraîne une augmentation progressive de sa capacité d'élaborer des anticorps. Le conflit antigène-anticorps a lieu dans les bronches lorsqu'il s'agit d'antigènes par inhalation. Si les phénomènes consécutifs à la réaction cellulaire - oedème, hypersécrétion - sont suffisamment développés, et si le seuil des récepteurs périphériques est suffisamment abaissé, l'impulsion anxieuse déclenche l'hypersécrétion et le spasme". (R. KOURILSKY).
- Les grands allergiques sont toujours de grands neurotoniques et R. KOURILSKY a confirmé la conception de WEISS, ENGLISH, STRAUSS et ALEXANDER, selon laquelle il existe une relation entre l'état psychique, les glandes endocrines - notamment l'antéhypophyse - et l'état allergique.

C'est dire, en conclusion, que le facteur psychologique - point de départ essentiel de la neurotonie - déborde le cadre des "asthmes nerveux" pour intervenir dans toutes les formes d'asthme sans que cette participation revête toutefois partout la même importance.

4 - L'examen doit donc toujours rechercher les signes de neurotonie :

Signes fonctionnels, très fréquents :

palpitations, insomnie - signe très important -, inquiétude, céphalées, sensation

de battements artériels dans les tempes dans la poitrine, fatigue, lassitude, troubles digestifs -- surtout gastriques (lourdeur après les repas, aérophagie...) troubles vaso-moteurs divers : alternance de rougeur et de pâleur de la face, refroidissement des extrémités, tendance à la sudation, accompagnés souvent d'une variabilité du pouls et de la tension artérielle d'un moment à l'autre.

Signes physiques :

- hyperréflexivité tendineuse généralisée (extrêmement fréquente) ;
- recherche prudente du réflexe oculo-cardiaque ;
- recherche prudente du réflexe solaire au creux épigastrique, de même qu'un réflexe identique au niveau du plexus mésentérique et de la terminaison du parasympathique, dans la fosse iliaque droite.

5 - Sur la série des 100 asthmatiques qui ont fait l'objet de cette étude, rappelons que des signes de neurotonie ont été constatés chez 60 malades ;

- 47 présentaient des signes fonctionnels et objectifs ;
- 13 ne présentaient que des signes fonctionnels ;

- Tableau IX -

Ces chiffres témoignent de l'importance de la dystonie neuro-végétative dans l'asthme

★

★

★

OBSERVATIONS

Les observations suivantes, empruntées à cette série d'asthmatiques, illustrent bien, s'il en était encore besoin, la corrélation importante entre l'état psychologique et l'asthme.

Surtout, elles montrent qu'en pratique courante, la mise en évidence de l'influence psychique peut toujours être faite, lorsqu'elle existe, à condition de la rechercher systématiquement. Elles prouvent également que sa correction influe toujours sur l'asthme.

★

★ ★

Observation de Monsieur AU. . . P. - 66 ans.

- L'asthme débute à l'âge de 61 ans, en 1953, par des crises peu intenses et relativement rares. Mais rapidement les crises se rapprochent et deviennent presque permanentes, de jour et de nuit.
- Pendant les trois années suivantes, soit jusqu'en 1957, elles persistent inchangées, et surviennent surtout le matin au réveil.

Trois cures au Mont-Dore ne les influencent pratiquement pas. En 1957, elles s'aggravent et s'accompagnent de nombreux troubles : insomnie, asthénie, céphalées, perte de l'activité sexuelle, amaigrissement de 7 kg. De plus en plus violentes, les crises ne réagissent plus au traitement ; certains jours, en surviennent deux, trois, parfois même quatre.

- C'est cette aggravation qui motive la consultation dans le service.
- L'exploration fonctionnelle montre qu'il s'agit d'un asthme pur, sans emphysème, avec test à l'acétylcholine positif.
- La bronchoscopie montre des modifications en faveur de l'asthme, il existe quelques éosinophiles dans le fragment de biopsie bronchique.
- Les tests allergiques sont positifs à la poussière de maison.
- L'examen psychologique révèle, pour sa part, des corrélations importantes :
 - le début des crises en 1953 correspond au début de nombreuses difficultés provoquées par la décision de la femme du malade de demander le divorce ; elles entraînent un véritable état dépressif. En 1954 a lieu la séparation effective. En 1955 un remariage ;
 - surtout, en 1956, un surmenage très important causé par le départ de son fils, qui le secondait, et surtout un conflit professionnel avec un vieux collaborateur, qui renie des conventions établies depuis 15 ans pour exploiter une nouvelle disposition légale au détriment de Mr. A. Celui-ci est d'abord profondément choqué par cette attitude, irrité, puis outré, déçu, et déprimé.

- Son état dépressif dure ainsi depuis quatre ans : il lui a fallu en effet révéler à tous l'éthylisme de sa femme, qu'il avait soigneusement caché, subir une amputation financière importante du fait de ce divorce, et de ce fait travailler encore davantage ; qui plus est, il ne parvenait pas à accroître le rendement de son entreprise.

- Jusqu'alors, les traitements anti-nervins appliqués en cette période de surtension énorme avaient été annihilés par les circonstances extérieures.
- La désensibilisation à la poussière de maison, des séjours en moyenne altitude, n'ont pas d'influence décisive sur l'asthme.
- L'année 1958 est encore marquée par la persistance de cet asthme grave et rebelle, avec des crises dyspnéiques pratiquement quotidiennes, une série d'infections bronchiques pendant l'hiver, et une intolérance à toute médication, que ce soient corticoïdes, broncho-dilatateurs, tranquillisants ou sédatifs divers. La désensibilisation aux poussières, n'ayant donné aucun résultat, est relayée par une désensibilisation à *Candida Albicans*.

- Un nouvel examen psychologique, complété par des tests projectifs, montre que le malade commence à prendre conscience de l'importance des répercussions de sa vie psychologique sur ses troubles organiques : il a remarqué en particulier que son mauvais hiver était dû en réalité pour une bonne part, à toutes ses difficultés professionnelles, surtout à ce conflit avec son collaborateur. En outre, il s'est également rendu compte de l'importance de l'ébranlement physique et psychique qu'ont provoqué chez lui son divorce et les circonstances qui l'ont accompagné.

D'une façon générale Mr. A. est hypersensible à toute manifestation d'agressivité à son égard. Devant elle il a d'abord une réaction sthénique, puis deux jours après apparaît une sorte d'effondrement physique.

Malgré ces faits, les difficultés ne sont cependant pas encore réglées.

- C'est en 1959 qu'apparaît au cours du deuxième semestre, une amélioration assez subite, très importante, non provoquée par une médication, amélioration surtout qui va persister et marque un véritable tournant dans la maladie.
- Elle n'est due en effet à aucune médication : le malade est intolérant à tout médicament chimique ou biologique, y compris les corticoïdes.

D'autre part, la désensibilisation poursuivie un an, jusqu'en Juillet 1959, n'a provoqué jusque là aucune amélioration particulière.

Une cure à La Bourboule, cette même année, peut avoir et a certainement eu une influence.

Mais, surtout, le conflit professionnel a pu être réglé de façon définitive et relativement satisfaisante. Ce fait est très important. Mr. A. qui reconnaît "avoir vécu depuis un an et demi littéralement dans l'anxiété et la peur d'être véritablement ruiné", se sent libéré d'un poids énorme.

- Il serait erroné de mettre toute l'amélioration survenue depuis La Bourboule sur le fait de cette circonstance. La cure a eu un effet thérapeutique certain, mais qui a été considérablement multiplié par le fait que le malade ne se sentait plus en position de blocage.

Toujours-est-il que, sans médication, cette amélioration persiste, aussi importante, depuis ce moment, c'est-à-dire depuis un an et demi.

- Cette observation mérite d'être terminée par une phrase du malade, alors détendu : "J'avais moi-même fort bien remarqué à maintes reprises que mes préoccupations et mes craintes déterminaient une recrudescence de l'asthme".

Observation de Madame QU. . . S. - 29 ans.

- Elle est celle d'un asthme pur, sans emphysème, avec tests à l'acétylcholine et à l'aleurdrine positifs, rythmé de façon très nette par de nombreuses difficultés familiales.
- L'asthme a débuté en 1951, à l'âge de 24 ans, 3 mois après le mariage de la malade, alors que celle-ci, venue vivre chez ses beaux-parents, s'entendait très mal avec sa belle-mère. Il s'agit alors de crises typiques, nocturnes, procédant par attaques d'une huitaine de jours.
- Deux ans plus tard, en 1953, alors que ces mêmes circonstances familiales persistent, compliquées par une grave mésentente conjugale et un surmenage physique très intense - habitant loin de Paris la malade est obligée de se lever à 4 heures du matin, pour être à l'heure à son travail -, une tuberculose pulmonaire ulcéreuse gauche, de surinfection certaine, se développe. Elle est traitée 8 mois à domicile, puis 9 mois en sanatorium. Elle guérit complètement par les antibiotiques, sans aucune séquelle. Pendant tout ce temps, les crises d'asthme régressent de façon très importante.
- En Juin 1954, à sa sortie de sanatorium, la malade se sépare de son mari, retourne chez ses parents à Paris, mais l'entente avec eux ne semble pas du tout parfaite ; peu de mois après ce retour, les crises d'asthme reprennent.

Un an plus tard, elle décide d'aller habiter chez sa grand-mère, à 100 km. de Paris, où elle séjourne plus de six mois ; pendant ce séjour elle n'a que peu de crises, et celles-ci sont constamment larvées.

Pendant l'année 1956, alors qu'elle séjourne encore en province, l'asthme s'estompe. Cependant, hésitant à rentrer chez ses parents, elle cherche du travail dans une autre ville où, à la suite d'une infection bronchique occasionnelle, elle présente une attaque d'asthme importante. Le médecin qui la suit alors lui conseille de venir se faire soigner dans le service.

- Les divers examens montrent alors qu'il s'agit d'un asthme pur, sans facteur allergique notable, fait important.
- L'examen psychologique indique : "Il s'agit d'une personnalité infantile et caractérielle. L'asthme a été conditionné par ce conflit intérieur avec sa belle-mère et son mari, mais aussi par un conflit plus profond de frustration, que la malade est incapable de résoudre elle-même et qui est en fait celui de sa vie indépendante. Actuellement, alors que son conflit principal paraît être résolu, elle n'est plus suffisamment anxieuse pour faire des crises d'asthme franc. Il existe en outre un élément pithiatique important, la malade désirant attirer l'attention sur elle-même".

La psychothérapie, le traitement tranquillisant (C.M.P.), la Théophylline en petites quantités, ont amené une amélioration supérieure à 75 %, et surtout persistante.

L'intervention du facteur psychologique dans cet asthme paraît donc très manifeste. Dans le même ordre d'idées, il convient aussi de remarquer de quelle façon rapide et complète a guéri la tuberculose pulmonaire.

Observation de Madame CH... G. - 56 ans.

Elle est celle d'un asthme très ancien, influencé considérablement par des éléments d'ordre affectif.

- L'asthme débute en 1942, à l'âge de 42 ans, alors qu'une dissension conjugale commence à atteindre son paroxysme. Il s'agit de crises dyspnéiques caractéristiques la nuit ou à des moments variables de la journée.

L'année suivante, la malade subit un choc psychologique grave. son mari abandonne le foyer familial. A partir de ce moment l'asthme subit des phases de recrudescence grave, avec maux de tête pratiquement quotidiens et signes de neurotonie multiples.

- Dix ans plus tard, en 1953, la malade présente une grippe sévère, compliquée d'un oedème aigu du poumon, infectieux, avec défaillance cardiaque aiguë. Elle guérit, mais cependant cet état a entraîné un traitement toni-cardiaque intensif pendant la maladie, suivi d'un traitement toni-cardiaque d'entretien pendant quelque temps.
- Peu de temps après, coïncidant exactement avec la décision de son mari, libéré de sa liaison, de revenir définitivement au foyer, c'est-à-dire la solution du conflit psychologique existant depuis 1943 - l'asthme disparaît totalement pendant plusieurs mois. Parallèlement l'état général s'améliore considérablement, l'insomnie et les céphalées disparaissent, ce qui "ne s'était pas produit une seule semaine depuis 10 ans".
- Cependant l'asthme réapparaît un peu plus tard, avec une intensité moyenne.
- L'examen psychologique montre alors deux faits :
 - L'existence d'un nouveau choc psychologique créé par l'affirmation répétée d'une atteinte cardiaque, alors que celle-ci, contemporaine de l'influenza n'avait que la valeur d'un collapsus cardiaque ;
 - La persistance d'une dépression psychasthénique :
 - constamment aggravée par le refus d'avaliser le conflit psychologique conjugal bien qu'il soit résolu - ne cesse de revivre le passé.
 - avec développement d'une véritable auto-destruction et acceptation d'une invalidité définitive et d'une mort prochaine.

- Avant même que le bilan respiratoire puisse être fait, un traitement anti-dépressif, dont un tranquillisant (C.M.P) est institué, la psychothérapie a pour but la libération de l'angoisse d'une atteinte cardiaque, minime sur l'électrocardiogramme, et l'éviction des perpétuels retours en arrière sur le conflit maintenant terminé.

Ils amènent à eux seuls, une amélioration en deux mois de 70 %.

Il faut souligner que pendant les 10 années précédentes, la malade a reçu un nombre impressionnant de traitements, y compris la corticothérapie, qui n'ont toujours eu qu'une efficacité très partielle et très transitoire.

- Enfin le bilan respiratoire a montré dans ce cas :
 - L'exploration fonctionnelle : une petite part d'emphysème associée à l'asthme.
 - La bronchoscopie : l'aspect des bronches normal.
 - L'examen allergologique : un certain degré d'allergie aux poussières de maison, ce qui a fait entreprendre, outre le traitement précédent, une désensibilisation.

Observation de Madame MO. . . M.T. - 61 ans.

Le facteur psychologique est fait ici de frustrations affectives successives.

- L'asthme apparaît en 1956, chez cette femme alors âgée de 59 ans, et qui avait eu de très gros chocs psychologiques. Il persiste jusqu'en 1958 avec des hauts et des bas, mais beaucoup de crises, toujours traité par corticothérapie de façon discontinue et désordonnée.
- En 1958, un état de mal sérieux motive l'hospitalisation dans le service.
- Après sédation de l'état de mal les examens complémentaires montrent :
 - L'exploration fonctionnelle : l'existence d'un asthme pur, sans emphysème.
 - La bronchoscopie : un aspect typique d'asthme avec épaississement modéré mais diffus et rougeur de la muqueuse.
 - L'examen allergologique : tous les tests cutanés négatifs.
- Mais l'examen psychologique révèle un état particulier :

"Mme MO. se sent dans une situation conflictuelle sans issue ; elle a travaillé avec son mari comme une galérienne pour créer une affaire dont la réussite complète n'a plus désormais aucun sens à ses yeux. Toute cette oeuvre n'avait de signification que si elle la transmettait un jour à son unique enfant, un fils, et c'est là que la source de frustration et de blessures prend naissance.

En 1953 ce fils se marie avec une fille d'industriels. Les MO. font tout pour garder le jeune ménage dans leur affaire, d'importance et de niveau inférieurs à celle de leurs "rivaux".

Mais, après un court essai de vie commune, la jeune femme obtient que le fils MO. quitte ses parents (sa mère). Il trouve alors le compromis suivant : il monte une affaire personnelle non loin des siens, tout en continuant à travailler chez sa mère.

Il fait faillite, ses parents sont obligés de le renflouer au prix d'un redoublement de travail, mais cette fois la mort dans l'âme car la belle-fille a enfin obtenu ce qu'elle désirait : faire entrer son mari dans une affaire de ses parents à elle, loin de ses beaux-parents.

C'est l'échec complet pour Mme MO. : elle perd son fils, et c'est sa belle-fille qui a triomphé.

Pour cette femme, lutteuse acharnée, qui a toujours réussi ce qu'elle entreprenait et qui a refoulé toute cette situation sans mot dire, c'est-à-dire qui a accumulé en elle secrètement toutes ses amertumes et tous ses chagrins, c'est une blessure si profonde qu'actuellement sa vie toute entière, axée autrefois sur son affaire et sur son fils, n'a plus de sens.

Cet état psychologique a entraîné un état neurotonique particulièrement intense, et la malade fait des crises à la moindre contrariété, alors que celles-ci sont souvent de faible importance.

- La psychothérapie a été faite par un psychiatre, destinée à liquider cette déception, en en faisant tout à fait prendre conscience à la malade et en la lui faisant exprimer totalement,

Elle a été complétée par un traitement tranquillisant (C.M.P.) associé à une autre médication anti-dépressive ;

Ces seules thérapeutiques ont abouti à une amélioration considérable, de 90 %, de l'asthme, qui se maintient depuis plus d'un an, démontrant ainsi l'influence primordiale des conditions psychiques dans ce cas.

Observation de Monsieur MA . . . H. - 21 ans.

Elle est très instructive, car elle est celle d'un asthme alarmant, rebelle, qui a pu être guéri. Les deux facteurs majeurs sont allergique et psychologique. A ce dernier point de vue l'influence de la mère, de même que le caractère infantile et dépendant du jeune homme, sont nets.

- L'asthme débute à l'âge de 3 ans, en 1941. Jusqu'à l'âge de 13 ans les crises sont irrégulières et peu importantes. Mais à partir de 10 ans la maladie s'aggrave, et, à l'âge de 11, 13 et 16 ans, surviennent trois états de mal. A partir de 16 ans, les crises sont pratiquement ininterrompues jusqu'à 18 ans où le malade commence à être traité dans le service. Les examens mettent alors en évidence :
- L'exploration fonctionnelle : un asthme pur, typique, avec tests à l'acétylcholine et à l'aleudrine positifs.
- L'examen allergologique : une allergie aux poussières de maison et aux moisissures (monilia).

- Un facteur psychologique important, caractérisé par :
 - Un encadrement familial trop important et constant : affection maternelle anormalement excessive - perte du père pendant la guerre -, travail avec son frère dans l'entreprise familiale où il ne cesse d'être en rapport avec tous ceux qui connaissent sa maladie;
 - un facteur personnel très important : de caractère infantile, n'ayant pas pris sa responsabilité dans l'existence, rigoureusement dépendant Hypotrophique, mal développé dans tous les sens du mot, y compris dans le sens de l'émotivité et de l'intelligence, et entretenu dans cet état infantile De plus sa mère, femme très anxieuse, contribue à faire apparaître des crises.
- Cet état psychologique est accompagné d'une grande neurotonie . réflexes très vifs, réflexe oculo-cardiaque très positif, signes fonctionnels multiples.

Le traitement est triple :

- Anti-allergique : désensibilisations spécifiques ;
- Tranquillisant (C.M.P.) ;
- Psychothérapique, destiné à faire perdre progressivement à ce jeune homme son double caractère dépendant et infantile.

Il a permis une guérison de l'asthme, depuis plus de deux ans.

Observation de Mademoiselle CH . . . G. - 36 ans.

Elle est celle d'un asthme remontant à l'enfance, paraissant avant tout d'origine allergique, mais avec un facteur psychologique certain, où a été mis en évidence un conflit entre la dépendance affective de la malade vis à vis de sa mère, et l'absence d'une "hyperprotection" de celle-ci, source d'insatisfaction.

L'histoire de la maladie est la suivante :

- Eczéma de la première enfance, contemporain du sevrage (début à 14 mois) ;
- La première crise d'asthme a lieu à l'âge de deux ans.
- Pendant l'enfance, alternance d'eczéma et d'asthme ;
- Au point de vue psychologique on retrouve de façon nette :
 - un besoin d'affection non satisfait auprès de la mère.
 - un conflit permanent entre les deux parents.
- A 20 ans, la malade fait une réaction dépressive importante et une tuberculose pulmonaire, coïncidant avec le remariage de sa mère et des conflits permanents avec elle et son beau-père.

- L'année suivante, stabilisation de la tuberculose et arrêt de l'asthme correspondant au séjour en sanatorium : "ce séjour fut presque une délivrance pour moi".
- Reprise de l'asthme peu après, correspondant avec la reprise de la vie avec sa mère et une orientation professionnelle qui ne lui plaît pas.
- L'asthme évolue ainsi de façon irrégulière jusqu'en 1958, année du bilan respiratoire et psychologique.
- L'exploration fonctionnelle montre qu'il s'agit d'un asthme typique sans emphysème.
- Les radiographies pulmonaires ne montrent que quelques séquelles de la tuberculose.
- L'examen allergologique met en évidence une allergie très nette à *Candida Albicans*.
- L'examen psychologique précise :
 - d'une part la structure caractérielle de la malade, caractérisée par :
 - une anxiété diffuse permanente due à l'accumulation de charges émotionnelles qu'elle ne peut exprimer ;
 - un conflit entre d'intenses besoins de dépendance affective et l'entourage réel qui ne peut rien donner ;
 - une insatisfaction, des besoins érotico-affectifs réprimés.
 - d'autre part, la situation actuelle :
 - persistance du conflit avec sa mère, renfermée, tyrannique et restrictive ;
 - insatisfaction professionnelle ;
 - état dépressif latent permanent.
- Le traitement :
 - anti-allergique, désensibilisation spécifique ;
 - tranquillisant, C.M.P. ;
 - psychothérapie ;

a amené une disparition presque totale des crises d'asthme.

Cette observation paraît ainsi un bon exemple de l'association des facteurs allergique et psychologique, les traitements simultanés ont amené une régression presque totale de l'asthme.

Les observations d'asthme avec facteur psychologique important ou prédominant sont nombreuses. Nous pourrions en relater beaucoup d'autres.

Avant de terminer ce chapitre cependant, nous voudrions citer rapidement quelques autres formes du problème psychologique, fréquemment rencontrées, chez les asthmatiques.

Observation de Monsieur BU . . . H. - 20 ans.

Asthme pur, avec réaction franche à l'acétylcholine et à l'aleudrine, sans facteur allergique net.

Ce jeune homme présente une intolérance évidente au milieu familial, c'est essentiellement avec sa mère, très éprouvée pendant la guerre, que surgissent les conflits. Il ne supporte pas la sollicitude maladroite de cette mère anxieuse, incompréhensive, contre laquelle il a développé une attitude d'isolement et d'hyperdépendance. Il a très bien remarqué lui-même la raréfaction de ses crises dès qu'il est séparé du milieu familial - en particulier pendant un an, où il l'a été, il n'a présenté que très peu de crises, une seule importante et lors d'un court séjour chez ses parents en période de vacances.

Observation de Monsieur AV . . . P. - 24 ans.

Asthme pur, sans emphysème, avec un facteur allergique au second plan (il n'a pas été jugé bon d'entreprendre une désensibilisation spécifique).

L'examen psychologique révèle une structure caractérielle extrêmement émotive et un conflit avec son entourage familial ;

- d'une part avec sa mère instable et anxieuse, avec laquelle il semble former un couple pathologique avec alternances de grand attachement et de querelles, presque journalières ;
- d'autre part avec son père souvent absent et qui n'est là que pour critiquer et s'emporter devant les insuffisances de son fils.

Cet asthme a été très amélioré par la psychothérapie associée à un traitement sédatif, notamment tranquillisant.

Observation de Mademoiselle CA . . . L. - 24 ans.

Elle présente depuis 5 ans un asthme pur, typique à l'exploration fonctionnelle, avec une allergie nette à *Candida Albicans*, des signes de neurotonie accentués.

- L'examen psychologique met en évidence :
 - une névrose d'abandon depuis le départ de ses parents aux colonies. Cet état d'abandon a provoqué une dépression, accrue par la vie en internat et un conflit avec une grand-mère despotique ;
 - un état de tension agressive très grand, qui rend la malade hypersensible aux difficultés de la vie sociale. Le blocage de ses décharges agressives joue un rôle important dans le déterminisme de ses crises d'asthme.

La désensibilisation spécifique, ainsi qu'un traitement tranquillisant et la psychothérapie, ont entraîné une amélioration supérieure à 75 %.

RESULTAT DES EXAMENS CONCERNANT L'ALLERGIE SUR LES CENT CAS D'ASTHME ETUDIES

Pour illustrer l'importance du facteur allergique, parallèlement à celle du facteur psychologique et nerveux, nous citons, à titre documentaire (tableau VI et VII) les résultats des principaux examens allergologiques constatés chez les 100 asthmatiques étudiés :

I - MANIFESTATIONS ALLERGIQUES CLINIQUES, AUTRES QUE L'ASTHME :

1 - récentes :

- respiratoires dans 12 % des cas.

(rhume des foins, rhinite ou sinusite, trachéite).

- non respiratoires dans 12 % des cas

2 - anciennes : dans 20 % des cas.

3 - familiales : dans 21 % des cas.

4 - coexistence de manifestations allergiques des voies respiratoires supérieures :
..... dans 14 % des cas

II - EOSINOPHILIE :

1 - dans le sang : dans 67 % des cas (supérieure à 4 %).

2 - dans l'expectoration : dans 48 % des cas.

3 - dans la muqueuse bronchique dans 13 % des cas.
(après biopsie)

III - TESTS CUTANES : positifs dans 75 % des cas.

Les allergènes identifiés étaient, par ordre de fréquence :

1 - Les pneumallergènes et par importance :

- les poussières domestiques ;
- les plumes, le duvet ;
- certaines moisissures, avec le rôle particulier de *Candida Albicans* ;
- les textiles (coton, laine, kapok) ;
- puis pollen, phanères d'animaux...

2 - Des allergènes chimiques ou protéiniques :

- alimentaires ;
- professionnels, médicamenteux, microbiens.

IV - LORS DE LA BRONCHOSCOPIE :

1 - Existence d'une muqueuse allergique : dans 21 % des cas

2 - Spasme en cours d'examen : dans 10 % des cas

V - LA DESENSIBILISATION A ETE ENTREPRISE :

..... dans 43 % des cas.

★

★

★

TRAITEMENT DU FACTEUR PSYCHOLOGIQUE ET NERVEUX

SA PLACE DANS LE TRAITEMENT DE FOND DE L'ASTHME

Le traitement de fond de l'asthme comprend le traitement associé des différents facteurs étiologiques et principalement des trois facteurs majeurs : allergique - nerveux et infectieux.

1 - *Le traitement anti-allergique comprend :*

- l'éviction, si possible, du ou des allergènes ;
- la désensibilisation : essentiellement spécifique, générale dans certains cas ;
- voire certaines thérapeutiques humorales, très récentes ;
- le traitement médicamenteux enfin . les anti-histaminiques de synthèse, la corticothérapie; mais celle-ci ne doit jamais constituer un traitement de fond ; elle est généralement réservée aux crises graves et aux états de mal ; elle n'est qu'un moyen de modérer les conséquences inflammatoires de la maladie, "lorsqu'on les juge trop fortes ou qu'on n'a pas d'autre moyen de le faire". "Ceci suppose que l'action soit menée autrement, notamment que la psychologie du malade soit transformée". (R. KOURILSKY).

2 - *Le traitement du facteur psychologique est donc capital :*

Il comprend essentiellement :

- la psychothérapie ;
- le traitement de la dystonie neuro-végétative

Nous étudierons ces principes.

3 - *Le traitement anti-infectieux comporte :*

- le traitement de l'infection haute, sous toutes ses formes, lorsqu'elle existe ;
- le traitement de la surinfection bronchique, généralement par un traitement antibiotique, adapté à la nature et à la résistance des bactéries, quand l'infection est manifeste ;
- La vaccinothérapie est parfois indiquée

4 - *Enfin, le traitement des autres facteurs possibles :*

- digestif :
régime, cholérétiques et cholagogues, bismuth, laxatifs...

- endocrinien :
hormones génitales, thyroïdiennes . . .
- cardio-vasculaire :
digitaline . . .
- général enfin :
hygiène alimentaire et générale appropriée, vie calme, exercices respiratoires, surtout expiratoires . . .

5 - *Eventuellement crénothérapie .*

★

★

★

Tableau XII

TRAITEMENT

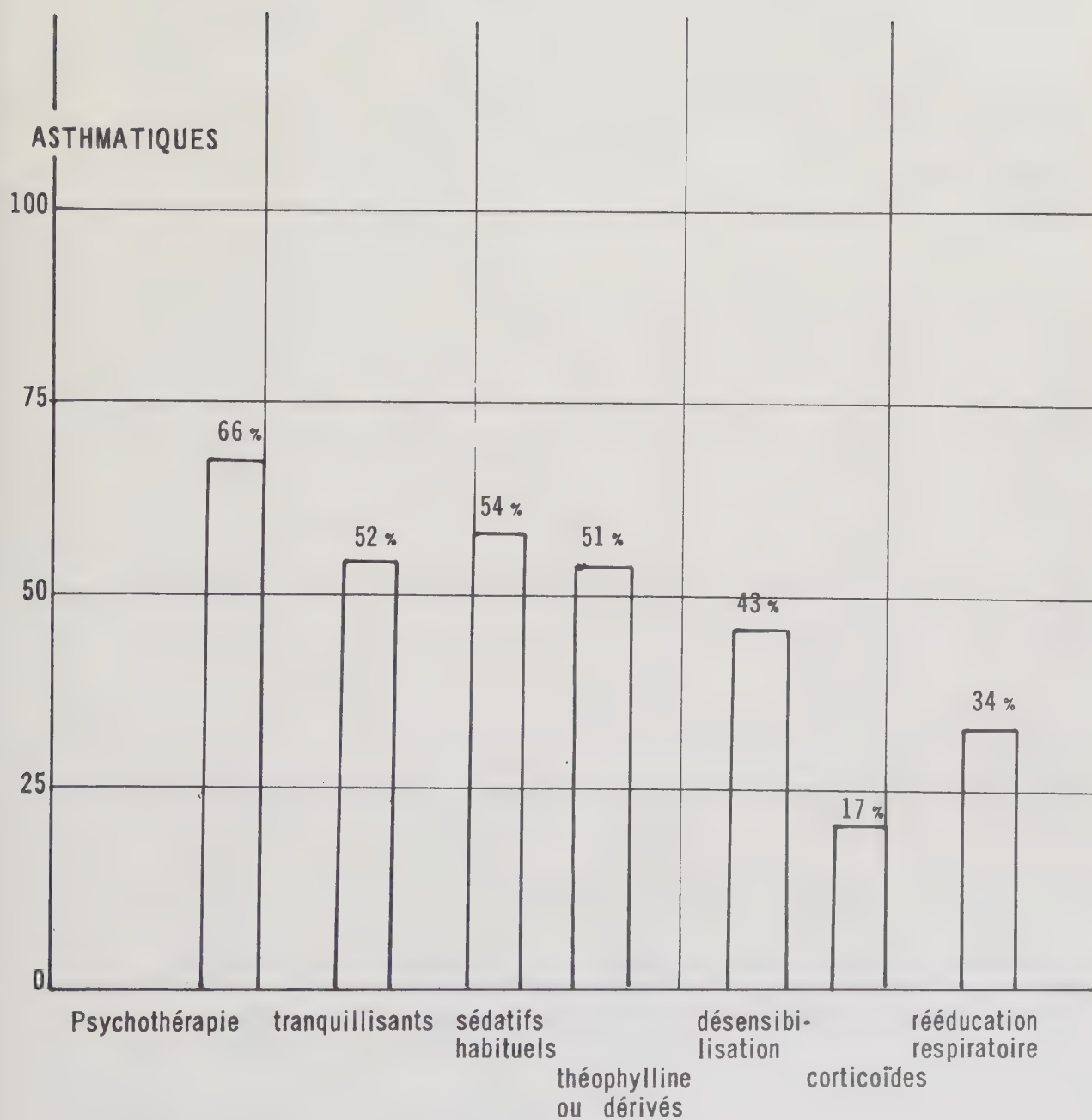
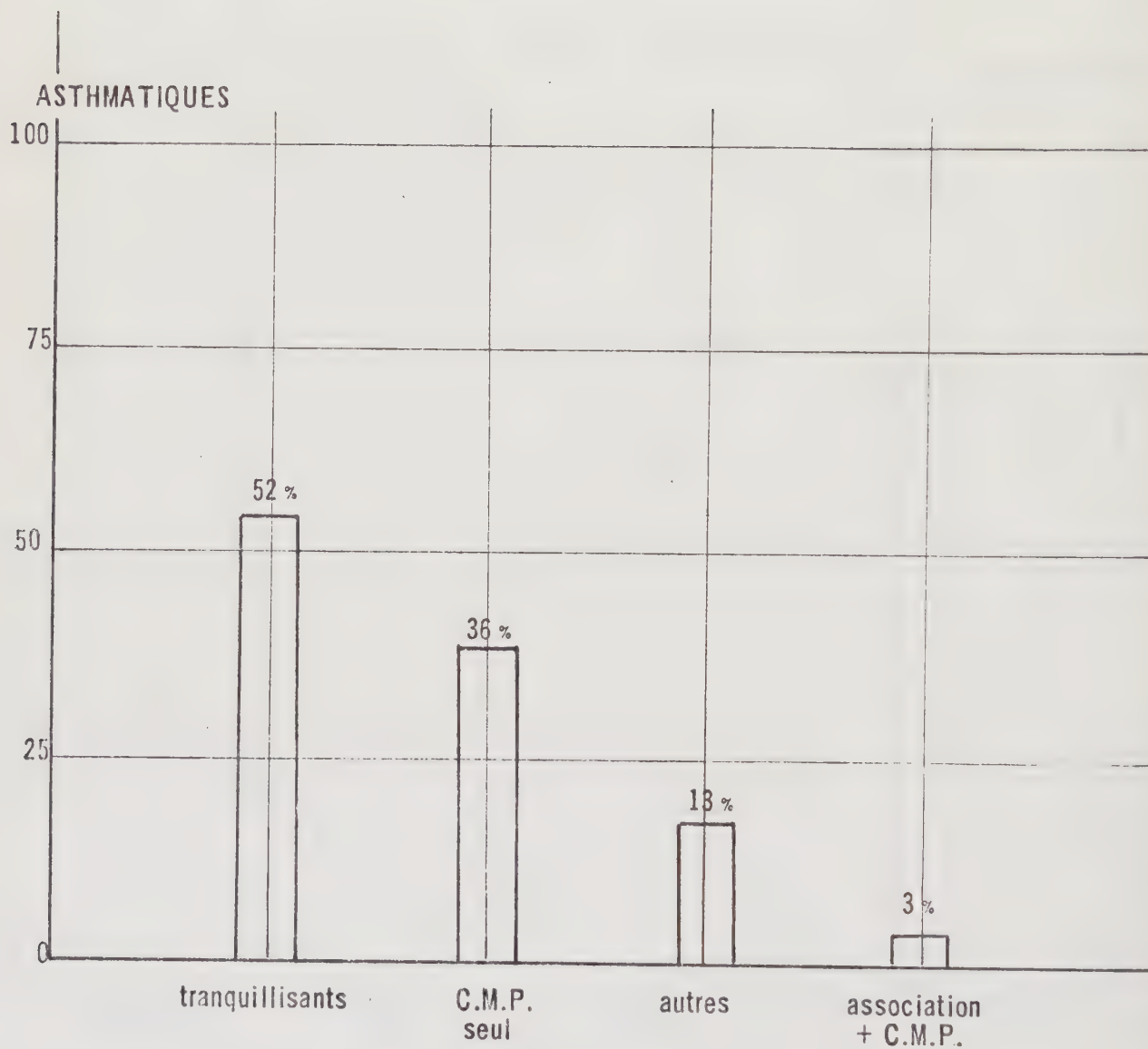


Tableau XIII

- 2 - TRANQUILLISANTS DONNES



LA PSYCHOTHERAPIE

Est la conclusion thérapeutique logique de l'état psychologique.

Beaucoup d'auteurs sont contre l'expertise purement psychiatrique ou les méthodes psychiatriques.

Par contre, de l'avis de tous, la psychothérapie est toujours importante, et s'appuie du reste sur les données physiologiques : voies suivies par le processus cortical jusqu'aux centres diencephalo-hypothalamiques, et de là sur l'ensemble du système nerveux végétatif (CANNON).

Son but : obtenir la détente nerveuse par la résolution du conflit.

Elle est possible, en pratique courante, à certaines conditions :

- 1 - Tout d'abord, il faut toujours user de persuasion : rassurer le malade, lui expliquer les particularités de son affection, le convaincre qu'il peut et doit améliorer son état.
- 2 - Pour arriver à faire le diagnostic du conflit psychologique, en obtenir sa confession, il faut savoir :
 - éclairer le malade de son importance, lui expliquer que les processus locaux ne sont pas seuls en cause ;
 - gagner sa confiance, et lui faire accepter une coopération active.
 - surtout n'avoir jamais une attitude de critique ou de réprobation.

Le rôle de cette "confession libératrice" est déjà très important : le sujet en éprouve toujours un soulagement.

- 3 - Ensuite, il faut essayer de résoudre ce conflit ou les tendances que le malade refoule.

Lorsque la dépendance affective est en cause, le sujet devient progressivement capable d'agir pour son propre compte, d'assurer la responsabilité de ses actes : autrement dit de jouir d'une plus grande indépendance.

Si cela est possible, et si les autres facteurs de l'asthme ne sont pas au premier plan, de ce seul fait, les crises diminuent à la fois d'intensité et de fréquence.

Il est parfois utile dans ce but de soustraire le malade à son milieu habituel. Cependant, si l'isolement peut améliorer ou mettre fin à certains asthmes, il peut au contraire déclencher des crises : celles-ci sont provoquées en général par la séparation de l'être sur lequel se polarise l'affectivité du sujet.

- 4 - Si la résolution du conflit n'est pas toujours possible, du fait de circonstances familiales ou sociales, ou du fait du caractère du sujet, il faut tout au moins essayer de le faire comprendre au malade, de lui en faire prendre conscience; ensuite faire en sorte qu'il puisse le maîtriser ou bien l'accepter et s'y adapter.

Même si, dans ces cas, la guérison n'est pas totale, les crises perdent de leur intensité et la maladie devient plus supportable.

- 5 - Les cas très graves sont ceux, rares, où il est impossible d'amener le sujet à un contrôle de soi :

L'état psychique et ses répercussions nerveuses deviennent alors un facteur d'invétération de l'asthme; celui-ci est, dès lors, voué à s'aggraver ou à dégénérer en asthme drogué.

★

★

★

LE TRAITEMENT CLASSIQUE DE LA DYSTONIE NEURO VEGETATIVE

1 - Les sédatifs d'origine végétale - valériane - jusquiame - crataegus - utilisés dans certaines formes mineures.

2 - Les barbituriques :

très utiles dans les autres formes (moyennes ou graves) per os à doses filées.

Mais ils présentent des inconvénients :

- ils sont déprimeurs respiratoires et cardiaques à partir d'une certaine dose;
- entraînent une accoutumance à plus ou moins longue échéance;
- augmentent souvent l'état dépressif;
- enfin, occasionnent de la somnolence pendant la journée, une certaine lenteur de l'idéation - front barré - au réveil.

Si bien que, malgré les bons résultats qu'ils ont pu donner (PAGNIEZ) il semble qu'ils doivent surtout être utilisés à titre de correctif en association avec certaines substances (Théophylline par exemple).

3 - Le calcium .

Par voie intra-veineuse surtout (bromure ou gluconate); mais les cures ne peuvent être que de courte durée.

Par contre, les ionisations calciques, par la méthode de Bourguignon, ont un grand intérêt si le sujet est profondément déprimé.

4 - Les anti histaminiques de synthèse ont, à grosses doses - à côté de leur action proprement anti histaminique, un effet calmant, mais beaucoup plus hypnotique que sédatif; pour cette raison, ne sont pas plus faciles à prescrire que les barbituriques.

5 - D'autres thérapeutiques ont été préconisées :

- l'hydrothérapie, très ancienne, quelque peu oubliée ;
- l'hormopnéine, isolée de la vagotonine pancréatique, qui agirait sur les centres diencéphaliques (SANTENOISE);
- la radiothérapie diencéphalique, dans certains cas particuliers, (JACQUELIN),
- l'anesthésie générale, pour mémoire ;
- la cure de sommeil, récemment, dans les cas où existent de trop importantes interactions psychosomatiques et une trop grande hyperspasmodicité, où les diverses thérapeutiques sédatives et tranquillisantes ne suffisent pas.

TRAITEMENT DU FACTEUR NERVEUX PAR LA MEDICATION TRANQUILLISANTE

Certains tranquillisants ont en effet paru offrir une nouvelle perspective dans le traitement de ce facteur, et c'est la raison pour laquelle ils ont été utilisés.

Perspective nouvelle pour deux raisons :

1 - Leur action sédatrice et régulatrice des centres neuro-végétatifs supérieurs,

en particulier peu ou pas hypnotiques, ce qui facilite leur utilisation comme élément du traitement de base chez un sujet qui, malgré sa maladie, travaille et dont les facultés ne doivent pas être diminuées.

2 - Leur effet particulier sur le psychisme, "tranquillisant", qui, dans l'asthme, apparaît en outre tout spécialement indiqué :

- contre la tendance anxieuse ;
- contre la vulnérabilité émotionnelle excessive en général des asthmatiques dans beaucoup de circonstances ;
- contre l'appréhension des crises,

et notamment pour supprimer les réflexes conditionnés invoqués dans l'étiologie de certaines crises, objectif sur lequel certains auteurs ont spécialement insisté (MICHELET).

- la suppression de ces faits devant faciliter la psychothérapie et la rendre plus efficace.

★

★ ★

1 - Les tranquillisants ont été employés dans 52 % des cas, soit chez plus de la moitié des malades (tableau XIII).

C'est le carbamate de méthylpentyne-ol (que nous désignerons sous le terme de C.M.P.) qui a été le plus largement utilisé : dans 36 % des cas. Pour cette raison, c'est pratiquement le seul sur lequel nous pouvons donner des résultats précis.

Dans certains cas, selon la particularité de l'état, d'autres tranquillisants ont été employés, seuls (dans 13 % des cas) ou en association avec le C.M.P. (dans 3 % des cas).

A - L'emploi de ce tranquillisant a été justifié :

- 1 - Tout d'abord en raison de son absence d'action dépressive sur la respiration et la pression sanguine, expérimentalement vérifiée.
- 2 - En raison de son effet tranquillisant particulier qui porte surtout sur :
 - l'émotivité ;
 - l'anxiété et les syndromes névrotiques avec traduction viscérale ;
 - la dystonie neuro-végétative ;

qui sont les troubles les plus couramment observés chez les asthmatiques.

- 3 - Enfin, en raison de son absence d'effets allergisants, de son innocuité, et de sa faible action inductrice sur le sommeil sans action hypnotique aux doses thérapeutiques : ce qui permet son emploi facile pendant la journée et évite la prescription des barbituriques ; si, dans les asthmes importants, ou au tout début du traitement, il paraît insuffisant, le recours à un autre tranquillisant ou aux barbituriques est toujours possible, mais à des doses beaucoup plus faibles, car il potentialise leur action.

B - Un rappel succinct de ses principales propriétés pharmacodynamiques et cliniques est utile, pour mieux comprendre son action dans l'asthme :

1 - Sur le plan physiologique et pharmacologique :

MERCIER montre que, chez l'animal (le chien et le chat), le C.M.P. a une action neuro-dépressive centrale qui semble porter sur trois points principaux.

- l'excitabilité corticale ;
- la réactivité du système activateur ascendant réticulaire ;
- les circuits thalamo-corticaux.

L'action dépressive sur les deux derniers points explique qu'elle diminue l'influence que des stimulations périphériques sont capables d'exercer sur le maintien de l'état vigil ; en même temps, certaines de leurs conséquences végétatives sont diminuées.

CHAUCHARD montre, par l'analyse chronaximétrique, que :

- le C.M.P. exerce sur les centres régulateurs de la base du cerveau une action dépressive.
- ses effets dépresseurs sur le cortex et sur la périphérie dépendent de la répercussion de subordination à partir des centres régulateurs, et non d'un effet dépresseur direct ;

HALPERN, dans une série d'expériences, montre :

d'une part les propriétés anti-convulsivantes du C.M.P.

- tant pour la protection de la souris contre la crise convulsive audiogène ;

- que pour la protection des animaux à l'égard des poisons convulsivants, tels que la strychnine, la picrotoxine, et le pentétrazol.

d'autre part, et comme corollaire de ces investigations, l'action renforçatrice des propriétés hypnotiques des barbituriques.

Sur la base de ces données expérimentales, il postule que le C.M.P. pourrait agir sur la formation réticulée, ce qui expliquerait à la fois

- l'atténuation des phénomènes d'ébranlement du système ortho-sympathique;
- et l'inhibition des phénomènes moteurs (relaxation musculaire, et abolition des troubles psycho-moteurs).

Au point de vue siège de l'action, il agirait avec plus d'affinité sur les centres hypothalamiques, mésencéphaliques et subcorticaux.

Surtout, récemment, LA BARRE a montré dans un important travail, en cours de publication, que le C.M.P. :

- n'entraîne, aux doses thérapeutiques, aucune modification respiratoire ou tensionnelle, fait capital;
- produit une tranquillisation accusée dont les effets se prolongent;
- ne provoque aucune décharge qualitative de sérotonine, fait qui le classe dans le groupe des tranquillisants proprement dits, selon la classification de Delay.

Enfin, sur l'électroencéphalogramme, le C.M.P. provoque une synchronisation corticale, comme toutes les substances qui dépriment l'activité mentale.

2 - Sur le plan clinique :

Ses propriétés ont été précisées par beaucoup d'études, dans des domaines variés, particulièrement par un travail important de R. KOURILSKY chez un grand nombre de sujets neurotoniques. Ce travail a permis d'aboutir aux conclusions suivantes, qui concordent avec celles des autres auteurs :

- Le C.M.P. provoque une amélioration, dans plus de 80% des cas, en moins d'une semaine: tous les symptômes de neurotonie s'atténuent et le résultat est d'autant plus net que l'anxiété était plus forte.
- L'effet ressenti après la première détente est :
 une moindre vulnérabilité aux circonstances forfuites ou habituelles qui provoquent l'anxiété,
 une plus grande maîtrise de soi,
 une amélioration du sommeil.

- La stabilisation ultérieure est obtenue
soit avec le médicament seul,
soit en association à la psychothérapie.
- Sur des états analogues, l'action d'un neuroplégique (chlorpromazine) est en général trop vive et trop "organique", déterminant souvent de la somnolence et de la fatigue ; l'action de la prométhazine est identique. Le C.M.P. est préférable car il a un effet régulateur plus nuancé.

C - Un point mérite d'être discuté : la part exacte du tranquillisant dans la détente nerveuse et la stabilisation de l'asthme.

Elle est en effet très difficile à évaluer, dans une maladie telle que l'asthme, étant donné :

- La quasi-impossibilité qu'il y a à faire des séries d'asthmatiques identiques, traités avec ou sans tranquillisants.
- Et la grande difficulté, en pratique, de limiter le traitement à la seule médication tranquillisante : ce qui n'a pu être réalisé que rarement, dans des asthmes à prédominance psychologique très nette où le facteur allergique était relégué au second plan.

Il serait donc vain de vouloir donner des pourcentages d'actions favorables ou non dans ce domaine à forte participation émotionnelle et où, fréquemment, la correction de facteurs associés a rendu le traitement relativement polymorphe.

Ce qui compte est de noter dans chaque cas, et chacun sait leur variabilité, s'il y a eu et comment s'est produite l'amélioration du facteur nerveux, et quelle a été sa conséquence sur l'asthme.

D - Le mode d'administration du tranquillisant a été le suivant :

- 1 - Posologie moyenne de 400 à 800 mg. par jour, parfois plus forte, ou associée à de petites doses de barbituriques, notamment en début de traitement ;

par la suite, elle a été surtout adaptée au degré de l'anxiété et de la neurotonie, pour être le plus souvent diminuée au fur et à mesure de la détente obtenue.

- 2 - La durée du traitement a toujours été assez longue, en raison même de la maladie : généralement des mois, de façon continue ou discontinue, même lorsque le sujet paraissait très amélioré, et avec des recours ultérieurs périodiques à la médication pour rééquilibrer de façon permanente le tonus fonctionnel neuro-psychique.

- 3 - L'absence de toxicité n'a entraîné chez ces sujets aucune particularité notable dans la surveillance du traitement. Malgré la durée des cures, il n'a jamais été constaté de troubles sanguins, hépatiques, digestifs, ni d'accoutumance.

★

★ ★

II. Chez les asthmatiques ainsi traités, ce tranquillisant a eu, de fait, une action SUR L'ENSEMBLE du facteur psychologique, c'est-à-dire à la fois sur l'état psychique et sur sa conséquence : la neurotonie.

Son action ne remplace pas, mais complète, de façon satisfaisante, la psychothérapie sur laquelle il faut insister et qui fut toujours associée, lorsqu'elle était possible, sous la meilleure forme qui convenait.

Nous avons ainsi constaté :

1. Son action sur le fond psychique, généralement très particulier des asthmatiques :

La dépendance affective, très fréquente, les conflits psychologiques qui en découlent relèvent en eux-mêmes de la psychothérapie.

Mais les manifestations qui les accompagnent, la nature anxieuse, le peu de sûreté de soi, le manque d'affirmation, l'agressivité, l'irritabilité dissimulées nous ont paru parallèlement influencés par la médication.

Nous avons surtout remarqué une sédation de l'anxiété diffuse de fond et simultanément une reprise de la confiance en soi. Ceci nous a semblé être le trait principal de l'effet du tranquillisant, car ce résultat amène le sujet à voir ses difficultés plus objectivement et avec leur importance normale.

Il permet en outre d'entreprendre la psychothérapie dans de meilleures conditions et souvent même en permet l'efficacité.

En outre, le malade, rendu plus confiant, modifie souvent son comportement sur le plan de l'acceptation même d'un traitement à la fois long (désensibilisation) et souvent polymorphe ; il semble mieux, à la faveur de ce regain de confiance, s'astreindre à la méthode thérapeutique décidée, et s'y tenir le temps nécessaire.

2. Son action, très manifeste, sur la vulnérabilité émotionnelle, excessive chez la plupart des malades :

Dans tous les cas le C.M.P. a atténué l'intensité des réactions émotives, anormalement fortes et presque toujours génératrices d'angoisse, alors même qu'il ne s'agissait souvent que des petits chocs émotifs de la vie courante.

Les sujets émotifs simples, dont l'anxiété était réactionnelle, conditionnée essentiellement par des circonstances déterminées, ou qui appréhendaient de façon excessive au cours de leur vie professionnelle, de leurs rapports sociaux en général, trop de contacts ou de situations à tort ou à raison difficiles, ont toujours été très améliorés, dès le premier mois du traitement.

Les sujets anxieux, hyperémotifs, légèrement hypochondriaques et obsessionnels, dont les réactions émotives paraissaient liées essentiellement à leur caractère, ont aussi toujours réagi remarquablement.

3 - Son action sur les divers processus de la représentation mentale :

Les sujets dont certaines crises étaient liées à une autosuggestion, à une évocation ou à une appréhension anormalement forte de la survenue des crises ont dans l'ensemble été très améliorés

- d'une part par la psychothérapie, dont le rôle avait été de les rendre plus rassurés, plus confiants, plus convaincus qu'ils pouvaient améliorer leur état
- d'autre part par le tranquillisant dont le rôle a paru très net dans la détente (peut-être par la suppression de réflexes conditionnés)

4 - Son action sur la neurotonie

Dans la grande majorité des cas, les signes de neurotonie, fonctionnels et objectifs, ont diminué puis disparu sous l'influence du C.M.P., dans un délai de quelques jours à deux ou trois semaines,

surtout, chez les sujets qui, sans problème psychologique important, présentaient essentiellement une hypertonie neuro-végétative, et chez les anxieux, scrupuleux, dont les troubles n'étaient pas organisés sous forme de structure.

Mais ces malades ont dû, comme tous les autres, effectuer un traitement généralement long et recourir périodiquement à la médication

En tous cas, le C.M.P. a toujours permis de nuancer parfaitement le traitement de la neurotonie.

Lorsque la neurotonie était entretenue par un conflit psychologique précis, le C.M.P. a quand même paru en diminuer nettement les signes et, parfois, avoir, dans une certaine mesure, une influence sur le caractère, mais cependant pas de façon durable à lui seul et avec les doses que nous avons employées.

C'est là que la psychothérapie a un rôle primordial

Toutefois, certains auteurs (HOUSER) ont obtenu en de tels cas des résultats avec des doses beaucoup plus élevées (1.50 g. - 2 g.).

5 - Son effet sur le sommeil

Nous avons, de fait, remarqué, chez les asthmatiques ainsi traités, une régularisation du sommeil, signe essentiel de la détente nerveuse, mis en relief à cause de son importance. Celle-ci n'était pas due à un effet hypnotique du tranquillisant - nous n'avons jamais constaté de somnolence ni d'altération de l'idéation - mais bien la conséquence de la sédation de l'anxiété. La normalisation du sommeil a donc pu être obtenue par un mécanisme plus physiologique qu'avec les somnifères habituels.

- 6 - la CONSEQUENCE de ces effets du carbamate de méthylpentyne-ol sur les divers éléments du facteur psychologique est essentiellement une DETENTE nerveuse qui se traduit immédiatement sur l'état asthmatique par une atténuation nette à la fois de l'intensité et de la fréquence des crises dyspnéiques.

Bien que la diminution de la fréquence des crises soit, dans certains cas, plus difficile à apprécier en raison de leur survenue irrégulière, elle a été cependant vérifiée grâce au temps très long pendant lequel les malades ont été suivis et ont tenu pour la plupart, une véritable comptabilité de leurs crises. Ceci illustre bien une phrase de ROGERSON : quand il (le malade) est menacé, frustré, il présente de l'asthme en réponse à la plus légère provocation. Quand il est libre et relaxé, il est capable de repousser des stimuli nuisibles sans faire de crises⁷.

Cette amélioration est la plus évidente dans certaines formes de la maladie, notamment :

- Les asthmes où un problème psychologique paraît de loin au premier plan ;
- Les asthmes où les émotions, même minimes, ont une influence importante ;
- Certains équivalents de l'asthme, tels les accès de toux spasmodique.

Dans les asthmes où les diverses commandes étiologiques sont intriquées, une amélioration par la médication tranquillisante associée à la psychothérapie peut être néanmoins obtenue : elle a été constatée par exemple avant qu'aient été mis en route d'autres traitements indiqués par certaines recherches, allergologiques, bronchoscopiques, dont les rendez-vous furent parfois longs. Mais elle n'est évidemment que partielle ici ; tous les facteurs étiologiques doivent être corrigés, autant que possible, pour obtenir un résultat net et durable.

Il est des cas où l'effet du tranquillisant est insuffisant, nous les envisagerons au chapitre suivant.

AU TOTAL, l'effet du tranquillisant est bien :

- 1 - de calmer l'anxiété, et par là d'amener une reprise de la confiance en soi, donnant aux difficultés une importance normale ;
- 2 - de diminuer l'émotivité, la tension émotionnelle ;
- 3 - de réduire l'appréhension des crises ;
- 4 - de corriger d'une façon générale l'instabilité caractérielle et la neurotonie ;

libérant la vigilance du malade que sollicite moins l'anxiété, le tranquillisant facilite alors considérablement la psychothérapie.

LES OBSERVATIONS suivantes illustrent cette action de la médication tranquillisante, et ce d'une façon d'autant plus nette, que, dans ces cas, le traitement principal de l'asthme a été celui du facteur nerveux

Observation de Monsieur LAS . . M. - 30 ans - Agent électricien -

La première crise d'asthme a eu lieu en Novembre 1952 (peu après l'annonce de son projet de mariage à sa mère, qui le désapprouve en partie). Deuxième crise en Juin 1953 (15 jours après son mariage et toujours en cohabitation avec sa mère). Les années suivantes deux ou trois crises par an (souvent au moment de contrariétés : en effet des difficultés conjugales précises se sont fait jour)

- A l'exploration fonctionnelle, spirogramme presque normal.
- Allergie aux plumes (leur suppression est conseillée)
- A l'examen psychologique : mise en évidence de certains traits caractériels (attitude d'opposition passive à l'autorité parentale; inhibition des pulsions agressives; immaturité affective; difficulté à extérioriser ses émotions), et surtout d'une anxiété latente importante dont il est difficile au premier examen de comprendre la genèse, et accompagnée de signes de neurotonie évidents.

La psychothérapie n'a pu être pratiquée (malade de province), mais un traitement tranquillisant (C M P) a amené une disparition complète en quelques semaines des signes de neurotonie et une nette détente nerveuse. Les crises ont diminué de façon très importante (amélioration de 75 %), sans autre traitement particulier, sinon de la Théophylline en petite quantité.

Observation de Monsieur LAN . . L. - 39 ans - soudeur à l'arc -

Ce malade a été vu très peu de temps, trois mois, après le début de son asthme. La première crise avait été typique, la nuit, suivie de crises journalières, motif de son hospitalisation

- A l'exploration fonctionnelle : trouble léger, mais typiquement asthmatique.
- La bronchoscopie est marquée par le début d'une crise spasmodique.
- L'examen allergologique montre des tests positifs à la poussière de maison.
- Facteur nerveux très important : état d'insatisfaction interne extrême et agressivité refoulée considérable qui s'expliquent parfaitement par les conditions difficiles dans lesquelles il vit et le chagrin qu'il a ressenti à la mort de son premier enfant (il a actuellement un autre bébé).

Anxiété diffuse, émotivité très grande, action aggravante des petits chocs émotionnels de la vie quotidienne.

Signes de neurotonie importants

- Traitement, anti nervin (comprenant le C M P) et suppositoires de Théophylline. La désensibilisation aux poussières n'a pas été faite.

- Un mois plus tard, le malade se montre détendu, les signes de neurotonie ont disparu, les sommeil se régularise.
- Trois ans plus tard, Monsieur Lan... chiffre lui-même son amélioration à 95% : les crises ont complètement disparu, très rarement survient une petite gêne respiratoire, rapidement jugulée. Par périodes le malade éprouve lui-même le besoin de prendre du C.M.P. avec lequel "il est très décontracté et voit les choses de plus haut"

Il semble donc que dans cet asthme intervenait de façon prépondérante le facteur nerveux puisque le seul traitement de celui-ci, à l'exclusion de tout traitement anti-allergique ou autre, a entraîné une telle amélioration, voisine de la guérison.

C'est aussi un exemple brillant de l'action du tranquillisant.

Observation de Monsieur JE... J. - 49 ans - Ecclésiastique -

L'asthme a débuté il y a 7 ans, en 1953; l'interrogatoire révèle l'existence à cette époque d'une fatigue générale et de certaines difficultés avec ses supérieurs. Les années suivantes sont émaillées de crises assez nombreuses, malgré des traitements divers (dont la corticothérapie).

- A l'exploration fonctionnelle : asthme pur, sans emphysème
- A la bronchoscopie, aspect de muqueuse allergique
- A l'examen allergologique ne semble exister qu'une faible allergie aux poussières de maison.
- L'examen psychologique met en évidence la persistance de difficultés variables avec ses supérieurs, mais ayant pris des proportions considérables étant donné la personnalité du malade ; elles ont entraîné progressivement un état dépressif accentué.
- Présence de nombreux signes de neurotonie, qui semblent bien secondaires à l'état psychologique :
 - fonctionnels : sensation de palpitations, d'inquiétude, insomnies fréquentes, lourdeur après les repas, inaptitude au travail, tendance à la sudation...
 - physiques : hyperréflexivité, douleur à la pression de la fosse iliaque droite, réflexe oculo-cardiaque positif.

En outre, forte appréhension des crises qui surviennent en général la nuit.

- Dans le cadre de la thérapeutique, il a pu être obtenu que le malade exerce ses fonctions dans un autre établissement religieux. Le traitement médicamenteux d'autre part, a consisté en Théophylline, C.M.P., auxquels a été ajouté une rééducation respiratoire. Il n'a pas été fait de désensibilisation spécifique
- Dans l'immédiat, le C.M.P. à la dose quotidienne de 4 comprimés, a entraîné en 5 jours une amélioration très nette de tous les signes de neurotonie ; au bout de 10 jours, le malade se sentait plus apaisé, dormait beaucoup mieux, les palpitations avaient disparu. Il respirait nettement mieux.

- Un an plus tard, avec un traitement prolongé mais discontinu, par le C.M.P., Monsieur JE a été complètement transformé. Au point de vue psychologique ses inquiétudes ont été considérablement réduites, son état d'anxiété a disparu, il a vraiment repris confiance en lui selon ses propres termes, et surtout il n'a plus l'appréhension des crises.

Il n'a plus fait qu'une ou deux crises très frustes

Il ne prend plus de Théophylline depuis six mois

L'amélioration totale de son asthme peut ainsi être chiffrée à 90 %, et le traitement du facteur nerveux par les tranquillisants a joué de toute évidence un rôle très important

Observation de Mademoiselle HA D. 31 ans - Cuisinière dans un collège -

Asthme ayant débuté à l'âge de 18 ans typique, sans emphysème avec aspect de muqueuse allergique à la bronchoscopie le jour de l'examen, mais tests cutanés négatifs

- Facteur psychologique important : état dépressif (exploitée dans son travail et conflit avec son entourage familial qui aide cette exploitation), émotivité, signes de neurotonie
- Seul traitement : un tranquillisant (C.M.P.), acide ascorbique, changement de place
- Disparition rapide de l'anxiété et des signes de neurotonie, et pratiquement disparition des crises d'asthme depuis trois ans, n'a eu en tout que quelques crises très rares et bénignes, a refait quelques épisodes dépressifs mais sans asthme, qui ont rapidement régressé par quelques conseils psychothérapeutiques courts et le C.M.P.

Observation de Monsieur LE R. - 40 ans - Dentiste -

L'asthme a débuté à l'âge de 14 ans, dans une circonstance très précise. Pendant son enfance il existait une certaine tension avec ses parents ; il craignait énormément les réprimandes et avait surtout peur de son père qui cependant ne le battait jamais. La famille ne semble pas ici être entièrement responsable, mais plutôt le tempérament énormément vulnérable de l'enfant. A 13 ans, il quitte l'entourage familial pour aller en pension au lycée, et c'est là que l'année suivante la première crise d'asthme caractérisée est consécutive à la frustration aigüe due à la mort de son frère, qui était en même temps son condisciple et était avec lui au lycée.

Les six années suivantes le malade est à la charge d'un professeur qui joue auprès de lui le rôle du père et est son correspondant : pratiquement pas de crises.

Les années suivantes, pendant lesquelles le malade fait ses études dans une école dentaire, il n'a des crises que lorsqu'il revient régulièrement dans sa famille. Le malade y retrouve ses facteurs de tension familiale, et surtout sa mère devient de plus en plus malade asthmatique dit-il, mais en réalité aussi cardiaque vraisemblablement, très attaché à sa mère il souffre beaucoup de la voir dans cet état.

A 29 ans le malade s'installe comme dentiste dans son pays. Il rentre chez ses parents le soir, et présente à chaque fois, à ce moment, de petites crises.

Il se marie peu après, et s'entend parfaitement avec sa belle-famille, cependant les crises persistent toujours. En fait, le malade était anxieux de façon permanente parce qu'il avait dû pour s'installer emprunter de l'argent à ses parents, qu'il avait peur de ne pas pouvoir rembourser; parce qu'il avait peur plus tard, de ne pas pouvoir élever bien ses enfants étant donné la relative difficulté de sa clientèle au début, due en réalité à son extrême timidité. Il déclare qu'il n'a commencé à se sentir un peu plus rassuré qu'en 1956, sa clientèle étant devenue importante.

Cependant les crises persistent avec une chronologie variable, et actuellement le malade est encore très anxieux: un exemple est, qu'il a tellement peur de perdre sa clientèle qu'il ne veut absolument pas partir en vacances et chaque fois l'arrivée de celles-ci provoque en lui une inquiétude considérable.

- L'exploration fonctionnelle montre des troubles, discrets mais typiques, d'asthme
- L'examen allergologique montre une faible sensibilité aux plumes et aux poils.
- Il faut signaler l'existence d'infections périodiques et assez fréquentes des bronches (rhino-bronchite descendante)
- Au total, ce malade se révèle un grand psychasthénique anxieux constitutionnel, hyperémotif, qui a peu d'assurance dans l'existence, allergique mineur et sujet aux infections bronchiques.
- La suppression des plumes n'a pas été suivie d'une modification très importante de l'asthme.

Par contre, la psychothérapie - qui a été facile et courte -, le traitement médicamenteux composé de Théophylline, d'un tranquillisant (C.M.P.) et de calmants qui ont agi physiologiquement sur l'anxiété, ont déterminé des résultats considérables: l'amélioration a été chiffrée par le malade lui-même à plus de 80%.

La psychothérapie et le C.M.P. ont notamment conduit le malade à une plus grande confiance en lui et à une disparition pratiquement complète de son anxiété et de ses inquiétudes. C'est un bon exemple de leur action.

L'amélioration persiste inchangée depuis deux ans; des cures discontinues de C.M.P. sont utiles et efficaces pour lutter contre ce fond d'inquiétude latente qui caractérise ce malade.

Observation de Madame GU... Y. - 33 ans -

L'asthme a débuté à l'âge de 23 ans, au cours d'une deuxième grossesse. Les deux années suivantes ont été marquées par deux attaques importantes. Depuis lors il s'agit surtout de crises peu intenses, survenant le plus souvent le jour, avec lesquelles la malade a le désir d'en finir. Il faut signaler également des rhinites fréquentes.

- Il existe une allergie essentiellement aux plumes, très douteuse aux poussières de maison.

- L'examen fonctionnel montre un asthme normal indemne de tous troubles au moment de l'examen, la seule anomalie étant une assez forte sensibilité à l'acétylcholine; il existe donc un état de tension psychologique et nerveuse continu.
- L'interrogatoire montre que la prolongation de cette tension tient à une prolongation de conflits familiaux. En effet, il existe depuis 1952, date d'apparition de l'asthme, une incompatibilité conjugale irrémédiable et qui dure encore à l'heure actuelle. Celle-ci est insoluble. La malade ne peut ni la faire cesser ni l'accepter.

Etat neurotonique important.

- Il aurait été souhaitable que son activité puisse être orientée du point de vue professionnel, mais ceci n'a pas été possible. La suppression des plumes, conseillée, n'a pas été faite par la malade (pour des raisons financières, et aussi parce qu'elle n'était pas du tout convaincue de son utilité).

Le traitement de fond a donc consisté essentiellement en traitement tranquillisant (C.M.P.) auquel ont été associés un calmant et des injections d'une médication proche de la solution de Ringer. Ce seul traitement a entraîné une détente nerveuse importante et une amélioration de l'asthme à plus de 75 % depuis plus d'un an, la rhinite a également disparu.

Telles sont les indications du tranquillisant, et les résultats qu'on peut en attendre

★

★

★

III - L'effet du tranquillisant a été cependant "insuffisant" dans plusieurs circonstances:

- 1 - Lorsque le conflit psychologique était trop intense,
- 2 - ou chez des malades très structurés, où à l'asthme, était associée une véritable psychopathie, relevant d'un traitement psychiatrique;
- 3 - Lorsque facteurs allergique et infectieux prédominaient;
- 4 - enfin, chez les asthmatiques drogués.

1 - Lorsque le conflit psychologique était trop intense.

tel le cas de Madame MA... G - 35 ans.

Il s'agit d'un asthme sévère, avec facteur psychologique prédominant, personnalité faible qui s'est trouvée tout à coup dans des conditions de vie assez particulières, auxquelles elle n'était pas capable de faire face. Cet asthme a débuté en 1953 à l'âge de 27 ans et persiste depuis avec des crises typiques, pas très inquiétantes mais presque quotidiennes.

Des cures répétées de Delta-hydro-cortisone pendant deux ans, en 1957 et 1958, font céder les crises de façon transitoire : celles-ci reprennent en effet dès l'arrêt de la médication.

- L'exploration fonctionnelle montre un tracé d'asthme pur, sans emphysème.
- L'examen allergologique montre des tests positifs à *Candida Albicans*, qui font faire une désensibilisation spécifique.
- L'examen psychologique révèle ;
 - son enfance passée dans un climat émotionnel traumatisant,
 - son mariage à 22 ans avec un homme assez fruste qui considère sa femme surtout comme une domestique.
 - son caractère particulier : petit "moi" mal préparé pour l'existence; structure impulsive et exclusive; si tout va bien dans la vie : allante, vive; si difficultés : abattue, tendue, bloquée, inhibée, ce qui a lieu depuis des années.
 - Le conflit : "sort à 22 ans d'une vie aisée, sans souci et sans avoir jamais eu à lutter, pour découvrir brusquement le mariage, c'est-à-dire pour s'occuper matériellement de trois hommes : son mari et ses deux beau-frères, sans domestique. Difficultés financières sérieuses pendant des années. Naissance d'une fille, allaitement prolongé, surmenage et dépaysement. Elle accumule une contrariété progressive, c'est-à-dire une irritation et un chagrin; pleure seule très souvent et menace de retourner chez ses parents si cette vie doit continuer. Le mari réorganise son affaire, mais la déception secrète demeure : elle ne peut l'exprimer, même à elle-même

L'asthme peut être considéré comme contemporain de la surcharge de difficultés et de contrariétés que cette petite personnalité - par ailleurs allergique - n'a pas su assumer.

Actuellement elle y est installée et réfugiée. Elle ne veut plus d'enfant, elle est retournée chez ses parents. Inconsciemment, c'est elle qui est redevenue l'enfant qu'on soigne".

- L'état de la malade a été certains moments inquiétants : crises sub-intrantes. Les traitements habituels ont échoué et il a fallu recourir à la Cortisone injectable.
- Devant l'état psychologique très particulier, les tranquillisants se sont montrés insuffisants (C.M.P. d'abord, méprobamate ensuite). D'ailleurs le psychiatre avait conseillé un traitement spécialisé pour arriver à calmer un état nerveux beaucoup trop éprouvé depuis des années.

L'observation de Mademoiselle RO... M - 20 ans - collégienne

le montre également; cette observation illustre parfaitement

- d'une part la dépendance affective énorme de la malade vis à vis de sa mère, et l'angoisse qui lui est liée ;
- d'autre part le fait que les tentatives du malade pour être indépendant conduisent souvent à une anxiété considérable, telle qu'il est obligé de revenir à une position d'impuissance.

Cet asthme est ancien: il a débuté à l'âge de 18 mois, depuis il a continuellement persisté. En 1957 les crises, devenues nombreuses et intenses, ont motivé son hospitalisation dans le Service.

Les crises paraissent influencées, dans une certaine mesure, par les règles (elles augmentent dans les jours qui les précèdent), mais surtout par un facteur neuro végétatif et psychique important.

- L'examen clinique montre en effet un état neurotonique considérable.
- L'exploration fonctionnelle: des troubles discrets, mais typiquement asthmatiques.
- L'examen allergologique: des tests pas très nets, permettent cependant de conclure à une allergie aux plumes et à la poussière. Une désensibilisation spécifique pour suivie pendant un an - on le verra - ne va pas entraîner d'amélioration
- L'examen psychologique révèle deux types de conflits intriqués:
 - pour la jeune fille, un conflit entre des besoins d'indépendance et d'autonomie d'une part, et le besoin de rester dans le giron maternel d'autre part;
 - conflit avec le père qui est considéré comme un rival, d'une part vis à vis de la mère, d'autre part en ce qui concerne l'exercice de l'autorité dans le groupe familial. Il faut noter en effet que les périodes de rémission coïncident exactement avec les périodes où la jeune malade a vécu seule avec sa mère et sa grand-mère chez cette dernière.
- La solution idéale semble être une psychothérapie de la jeune fille pour lui permettre d'assumer ses besoins d'indépendance. Mais celle ci ne paraît pas mûre pour une telle solution à l'égard de ses parents. D'autre part l'institution d'une psychothérapie pour suivie n'est guère possible, la malade habitant loin de Paris.
- Le traitement conseillé est alors: suppression des allergènes - psychothérapie dans la mesure du possible (délicate mais au premier plan) - un tranquillisant (C M P) - la Théophylline et la rééducation respiratoire.
- L'entretien psychologique et le C.M.P. ont un effet net sur l'anxiété: la malade se sent plus détendue et en confiance, cependant qu'altèrent l'action des "allergènes psychologiques" (petites crises) et l'effort sur soi pour obtenir la détente (cessation des crises)

Cependant, plus tard, une recrudescence des crises se produit, involontairement déclenchée par le traitement: se voyant sollicitée à prendre plus d'indépendance vis à vis de sa famille, la malade se sent menacée: c'est la possibilité de frustration maternelle qui a redéclenché les crises.

Il est évident que le traitement tranquillisant, toujours continué, est insuffisant pour faire céder cette anxiété consécutive.

- Deux ans plus tard les crises sont encore inchangées; malgré le traitement anti allergique et parce qu'aucun changement aux habitudes familiales et scolaires n'a été apporté, malgré tout ce qui avait été dit; la malade ne fait aucun effort personnel; d'ailleurs l'asthme semble maintenant faire partie de cette dépression psychasthénique. Le traitement anti nervin et tranquillisant assidu ne peut que calmer dans une certaine mesure la neurotonie, mais ne peut évidemment pas résoudre le conflit.

2 - Chez les malades très structurés :

L'observation de Madame VA... L. - 54 ans - sans profession - en est un exemple :

L'asthme a débuté à l'âge de 34 ans, pendant la guerre, après quelques mois de séjour en Afrique du Nord où la malade s'était résolue à contre coeur à suivre son mari ; en outre, à des difficultés matérielles, s'ajoutait sa répulsion pour les conditions de vie à cet endroit et à cette époque. Jusqu'à la fin de la guerre, crises très fréquentes, tous les deux ou trois jours, en même temps que s'installe une hypersécrétion bronchique.

Les 10 années suivantes sont marquées également par des crises répétées et de plus en plus prolongées.

- L'interrogatoire révèle plusieurs corrélations.

- Après la libération, la malade revient en France, six mois après son mari. Elle apprend alors l'infidélité de celui-ci qui aurait duré depuis deux ou trois ans déjà (la rivale est une amie commune). Madame V... fait une scène terrible à son mari et le met en demeure de choisir. Finalement celui-ci se soumet

- En 1953, décès de la soeur-mère. Description hystérique de la maladie et de la mort de sa soeur. Madame V... aurait fait une intense dépression nerveuse à ce moment là.

- La delta hydro cortisone semble être le seul traitement à avoir eu une efficacité pendant un certain temps; elle a été donnée en tout à une dose considérable, mais plus tard n'empêchait pas les crises. La désensibilisation spécifique aux poussières a été menée à ce traitement. Finalement, tout cela aboutit en 1957 à un grand état de mal. Après la régression de celui-ci, les divers examens ont montré :
- L'exploration fonctionnelle : un spirogramme typiquement asthmatique.
- L'examen allergologique : une allergie très faible aux poussières de maison et aux moisissures.
- Aucun signe d'infection malgré la bronchorrhée (qui ne survient que par périodes).
- Surtout, l'examen psychologique : une structure psychologique de base hystérique, avec traits paranoïdes, épisode dépressif après le décès de sa soeur, velléité de suicide. Chantage actuel vis à vis du mari pour obtenir un changement de climat, fixation hypochondriaque. L'asthme semble exprimer une intense revendication affective et agressive avec projection sur le monde extérieur des pulsions inacceptables pour la malade elle-même.
- En outre, malade extrêmement nerveuse, agitée, anxieuse.
- Le traitement a consisté essentiellement en corticothérapie et traitement psychologique. Bien que les tranquillisants aient paru indiqués, le C.M.P. (à dose quotidienne de 600mg:) associé à un traitement anti-dépressif, n'a pas semblé avoir un effet décisif sur son état; il a dû être remplacé par un neuroplégique, qui la calmait davantage. Cependant par la suite la malade a dû recevoir un traitement psychiatrique; à la fin de celui-ci l'asthme a paru s'améliorer pendant un mois, mais brusquement la malade s'est suicidée.

Observation de Madame ME... J. - 51 ans, : le montre également.

Cet asthme, récent, a débuté à l'âge de 46 ans, pendant deux ans, de 1956 à 1958, il a été émaillé d'états de mal successifs, malgré la corticothérapie presque ininterrompue, et de multiples traitements. En septembre 1958, la malade a été transférée dans le Service (8 hospitalisations, dans un hôpital de province, avaient déjà été nécessaires).

Les différents examens ont alors montré :

- L'exploration fonctionnelle : un tracé typique d'asthme.
- L'examen allergologique : des tests positifs à *Candida Albicans*, qui ont fait entreprendre une désensibilisation spécifique.
- L'examen psychologique révélait : "malade oscillante entre une position dépressive avec idée de suicide, et des tendances paranoïdes comportant des projections agressives et des interprétations rendant sa vie sociale, et plus particulièrement familiale, très éprouvante. Personnalité assez structurée au point de vue caractériel, qui réprime d'intenses revendications agressives et affectives"

La conclusion de l'examen était qu'un changement de situation extérieure pourrait aider à détendre la malade, mais qu'une psychothérapie devait être poursuivie, associée à une médication anti-dépressive.

- Le C.M.P. a été prescrit, au bout d'un certain temps même il a été remplacé par la méprobamate, mais si ces tranquillisants ont pu atténuer les signes de neurotonie, il ne semble pas qu'ils aient beaucoup modifié les troubles psychologiques assez structurés de la malade.

L'amélioration d'ensemble, après plus d'un an, a été d'environ 50 %.

- 3 - Lorsque les facteurs allergique ou infectieux prédominaient, entretenant dans ces asthmes une forte irritation bronchique organique, l'effet du tranquillisant a été évidemment insuffisant, ou plus exactement, le tranquillisant n'est, dans ces cas, qu'une médication adjuvante.

Cependant, si l'allergie est une chose, la commande nerveuse en est une autre, et, même si elle est minime, son traitement ne doit pas être négligé.

- 4 - De même, chez les asthmatiques drogués, le tranquillisant et la détente qu'il entraîne n'ont une action que très partielle. Il est désormais difficile à ces malades de se passer des Corticoïdes.

L'observation de Mademoiselle RA... I. - 29 ans - en est un exemple.

Asthme ancien datant de l'enfance (début à l'âge de 2 ans), et traité par la corticothérapie de façon pratiquement continue pendant 4 années (depuis début 1954). En janvier 1958, la malade est d'ailleurs hospitalisée dans le service pour un abcès du lobe supérieur

du poumon gauche. Cet abcès du poumon, grave, a cependant guéri en quelques mois par un traitement médical, au prix d'une petite cavité résiduelle. Les différents examens ont alors montré :

- L'exploration fonctionnelle : l'existence d'un trouble asthmatique important, levé incomplètement par l'aleudrine, l'élasticité du parenchyme pulmonaire paraissant cependant bonne à la radioscopie.
- L'examen allergologique : une sensibilité aux poussières, aux plumes, à certains aliments et à l'aspirine. Une désensibilisation spécifique avait été pratiquée parallèlement à la delta-hydro-cortisone, sans amélioration évidente.
- L'examen psychologique : un état de très grande psychasthénie, auto et hétéro-entretenu involontairement par l'attitude de sa mère hyperanxieuse ; en outre, la personnalité faible de la malade.
- Le tranquillisant (C.M.P.) a diminué de façon considérable l'anxiété de la malade, mais n'a pas paru avoir finalement un effet décisif sur le bouleversement psychologique de la malade et l'évolution de l'asthme.

La difficulté essentielle du traitement résulte ici de la longue évolution de la maladie, de l'empêchement en pratique de supprimer les corticoïdes et d'obtenir une posologie correcte de ceux-ci. C'est un cas d'asthme particulièrement difficile à contrôler, et qui illustre bien les inconvénients possibles de la corticothérapie au long cours.

IV - Utilisation d'autres tranquillisants :

Les autres tranquillisants employés chez les asthmatiques qui ont fait l'objet de cette étude, ont été :

- l'hydroxyzine ;
- et surtout le méprobamate.

Ils ont été utilisés :

- soit quand le malade prenait, ou avait déjà pris, ce tranquillisant, qui lui convenait bien ;
- soit quand, dans certains cas - asthmes graves ou anxiété très forte - le carbamate de méthylpentynol n'a pas paru suffire seul : un autre tranquillisant lui a alors été associé ou substitué.

Mais ces autres tranquillisants ont été prescrits chacun sur un nombre de cas trop limité pour que nous puissions tirer des conclusions précises quant à leur action thérapeutique dans l'asthme. D'ailleurs, à quelques nuances près, ils prétendent tous à une sédation de l'anxiété, parfois de l'angoisse, et, dans une certaine mesure, de toute autre tension émotionnelle.

Ce que nous pouvons dire est que le carbamate de méthylpentynol convient bien, d'une façon générale, chez les asthmatiques, aux nécessités du traitement des divers éléments du facteur psychologique.

En marge des tranquillisants, il faut signaler que la chlorpromazine a été étudiée dans l'asthme, à des points de vue d'ailleurs un peu différents

- Recherchant un éventuel effet broncho dilatateur de la chlorpromazine, administrée en injections intra-veineuses, MICHELSON n'en a trouvé aucun chez les malades étudiés par spirométrie en circuit fermé.
- Pour ce qui est de son action sur la tension anxieuse :
 - REES a constaté un certain soulagement de celle-ci chez des asthmatiques, mais peu d'effet sur l'incidence ou la sévérité des attaques d'asthme. Il signale en outre la tendance du médicament à diminuer les sécrétions salivaires et bronchiques.
 - EISENBERG souligne d'autre part que la chlorpromazine peut être efficace dans certains cas d'asthme mais relate des observations où un tranquillisant a eu un effet favorable là où la chlorpromazine avait échoué.
- Dans cette série d'asthmatiques, la chlorpromazine a été utilisée très rarement : dans 3 cas particuliers seulement

En tout cas, un tranquillisant paraît sûrement devoir être préféré aux neuroplégiques du type des phénothiazines qui, très souvent, aggravent l'asthénie et peuvent accroître l'anxiété en diminuant le rendement intellectuel.

★

★

★

RESULTATS THERAPEUTIQUES GLOBAUX

Le traitement du facteur neuro-psychique ne représente certes que la correction d'un des facteurs majeurs de l'asthme.

Mais il a été, d'une façon générale, avec la désensibilisation spécifique, le traitement principal de la grande majorité de ces 100 asthmatiques.

Le tableau XII montre en effet globalement que chez 100 malades :

- la désensibilisation a été faite 43 fois ;
- le facteur nerveux a dû être corrigé 66 fois ;

à ce propos, parallèlement à la psychothérapie, et à la médication tranquillisante, figurent les "sédatifs habituels", utilisés également dans un fort pourcentage de cas : 54 %. Ce terme désigne un simple sédatif ou un hypnotique dont la prescription, le soir, s'est souvent révélée utile, soit de façon concomitante aux tranquillisants - ce qui est bien connu -, soit chez des sujets où ceux-ci n'avaient pas d'indication majeure.

- les broncho-dilatateurs (Théophylline ou dérivés) ont été donnés 51 fois.

Fait remarquable et découlant d'un traitement ainsi conduit, sur 100 malades, les corticoïdes n'ont dû être utilisés que chez 17 d'entre eux, ce qui n'est pas le moindre résultat obtenu. Mais là n'est pas l'endroit de démontrer combien il est plus satisfaisant pour le médecin et le malade de se passer des corticoïdes.

Sur ces bases, il est intéressant de voir finalement les résultats thérapeutiques obtenus :

- 1 - Pour ce faire- et laisser, par souci d'objectivité, à chaque asthmatique le soin de répondre lui-même, nous avons adressé à chacun le questionnaire suivant :

QUESTIONNAIRE

1 - Vos crises ont-elles complètement disparu ?

2 - Sinon,

- Avez-vous constaté une nette diminution de vos crises ?

- Combien en avez vous encore :

par mois ?

ou par an ?

- Leur intensité est-elle beaucoup moins forte ?

- L'amélioration, selon vous, est-elle :

du quart ?

de moitié ?

des 3/4 ?

3 - Avez-vous été obligé de prendre d'autres médicaments ?

Lesquels ?

2 - Nous avons obtenu 76 réponses ; 24 sujets, donc, n'ont pas répondu.

3 - D'après les 76 réponses, les résultats s'établissent ainsi (Tableau XIV) :

● Amélioration supérieure à 75 %	17
● Amélioration de 75 %	20
● Amélioration de 50 %	24
● Amélioration de 25 %	10
● Amélioration nulle	2
● Décès	3

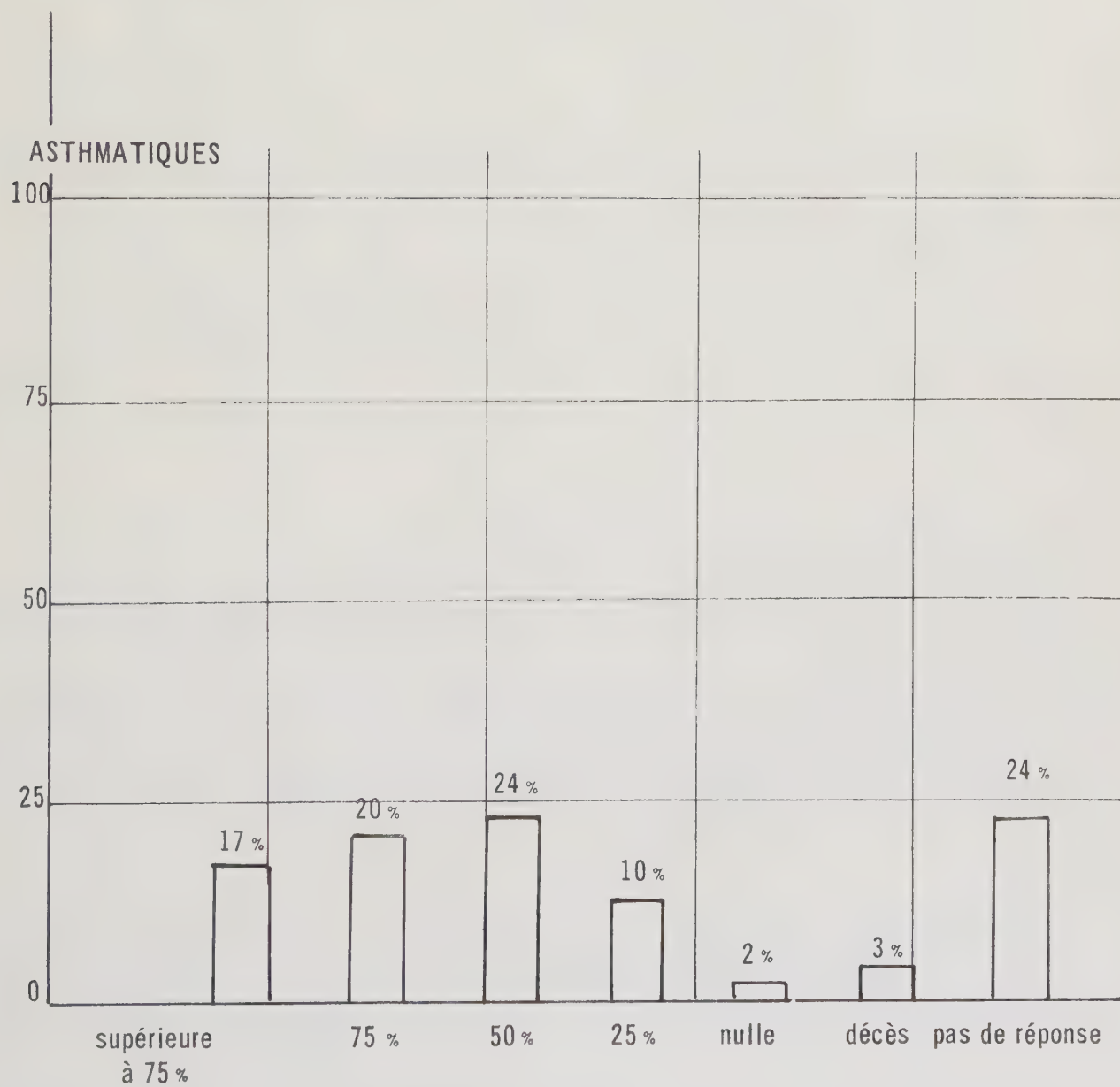
★

★

★

Tableau XIV

RESULTATS THERAPEUTIQUES
AMELIORATION



CONCLUSIONS

L'intérêt d'une médication récente, les tranquillisants, dans le traitement des anxiétés tant réactionnelles que constitutionnelles évoluant sur terrain névrotique, a incité à l'appliquer au traitement du facteur psychologique de l'asthme.

Ceci ayant été fait depuis quatre ans, dans le service du Professeur R KOURILSKY, nous avons dépouillé cent cas d'asthme pur, étudiés de façon complète, avec un double but :

- 1 - essayer de mieux mettre en relief l'importance et le rôle du facteur psychologique dans le déterminisme de l'asthme ;
- 2 - montrer comment la médication tranquillisante éclaire d'un jour nouveau le traitement de fond du facteur nerveux de l'asthme, en raison à la fois
 - de son action sédative et régulatrice des centres neuro végétatifs supérieurs d'encéphaliques,
 - et de son effet particulier sur le psychisme, "tranquillisant", qui dans l'asthme apparaît tout spécialement indiqué.

★

★ ★

Le facteur neuro-psychique joue dans le déterminisme de l'asthme un rôle essentiel, simultanément aux autres facteurs étiologiques, notamment allergique.

Beaucoup a été dit et écrit sur la participation du psychisme dans le processus de la maladie. Des travaux psychiâtriques récents ont analysé la structure caractérielle des asthmatiques pour rechercher la présence possible de conflits psychologiques profonds et latents qui seraient responsables des réactions émotionnelles constatées chez ces malades. Ils ont révélé l'existence fréquente d'une nature anxieuse, d'une angoisse latente, liées à des besoins affectifs impérieux et à des tendances agressives refoulées.

Des interprétations diverses de la crise ont été données.

Les travaux effectués depuis 20 ans dans le Service du Professeur R KOURILSKY ont conduit à une conception bien précise du rôle du syndrome psycho-affectif dans l'asthme. Certains ont été publiés, d'autres sont encore en cours. Les constatations tirées de l'étude de cette série de 100 asthmatiques ont confirmé l'exactitude des faits sur lesquels a spécialement insisté R. KOURILSKY.

- 1 - Le rôle du facteur psychologique en tant qu'élément pathogénique a une importance essentielle puisque
 - d'une part il peut être mis en évidence dans 70 à 80 % des cas,
 - il existe de nombreuses preuves cliniques et expérimentales de son intervention,
 - d'autre part, une modification thérapeutique obtenue sur le psychisme entraîne à elle seule une amélioration de l'asthme.

2 - L'importance du trouble psychologique est variable.

- il est parfois net et prédominant, le plus souvent à type de psychasthénie anxieuse, où l'anxiété n'est pas réactionnelle, mais caractérise le tempérament psychologique de base,
- à l'opposé, il est souvent latent et se traduit uniquement par des signes d'hypertonie psycho et neuro-végétative; les troubles observés dans ces cas sont en général mineurs, secondaires à une fatigue morale, des préoccupations intenses, du surmenage.

3 - Cette latence très fréquente du facteur psychique explique qu'il doit être recherché par une analyse clinique et psychologique, dans tous les cas, d'une façon systématique, parallèlement aux autres facteurs étiologiques.

4 - La nature du problème psychologique est presque toujours un état de frustration que le sujet ne peut ni tolérer ni repousser.

- Souvent sa personnalité est en cause. de sa dépendance affective découlent une vulnérabilité extrême à l'angoisse de frustration, une insécurité profonde et une tendance dépressive,
- la tension émotionnelle peut ainsi résulter soit de cette situation conflictuelle prolongée, soit d'autres motifs, chocs émotionnels, représentation mentale d'un agent angoissant, dont le rôle est souvent facilement perceptible dans le déclenchement ou la répétition des crises.
- Ces faits sont distincts de l'état d'inquiétude ou de dépression anxieuse secondaire à la répétition de celles-ci.

5 - Le facteur important qui est le lien entre le trouble psychologique et l'asthme est la tension.

- Les conditions psychologiques créent une hypertonie psycho et neuro-végétative qui amplifie à la fois les manifestations respiratoires de l'asthme et l'allergie.
- Le rôle essentiel du facteur psychologique apparaît donc comme amplificateur et multiplicateur des crises, à la manière d'un véritable rhéostat.

*

* * *

De fait, l'adjonction de la psychothérapie et d'une médication calmante exerce une influence précise sur l'asthme, à l'exclusion de toute autre médication.

La psychothérapie est toujours indispensable. Elle doit s'adapter à chaque cas pour résoudre le conflit psychologique.

Mais elle doit être complétée par un traitement sédatif qui par l'apaisement qu'il crée, la facilite et est son adjuvant essentiel.

Le traitement classique de la dystonie neuro-végétative consiste dans la prescription des sédatifs habituels, notamment des barbituriques dont un des inconvénients importants est la somnolence et la lourdeur qu'ils entraînent.

La médication tranquillisante semble présenter sur eux des avantages incontestables, à la fois par son champ d'action plus étendu, et son mécanisme d'action plus physiologique.

Un tranquillisant, le carbamate de méthylpentynol, a été le plus souvent utilisé en raison de ses propriétés particulières. médicament de l'anxiété, sédatif non hypnotique, sans effet déprimeur respiratoire et cardiaque, et d'une parfaite innocuité. C'est pratiquement le seul sur lequel nous pouvons donner des résultats précis.

Dans la majorité des cas il s'est montré capable d'agir à la fois sur l'état psychologique et sur sa conséquence : la neurotonie

- Sur l'état psychologique, son action s'est manifestée par une sédation de l'anxiété, entraînant une reprise de la confiance en soi, une diminution de l'émotivité, du trac et de l'appréhension des crises ; ce résultat a toujours considérablement facilité la psychothérapie.
- Il a entraîné parallèlement la régression des signes de neurotonie en même temps qu'une régularisation du sommeil, signe important de la détente nerveuse.
- Le résultat de ces effets est non seulement une modification favorable du caractère et de la personnalité du malade, mais aussi une amélioration considérable de l'asthme : diminution de l'intensité et de la fréquence des crises.

Les cas où le tranquillisant s'est montré insuffisant sont ceux où le conflit psychologique était trop intense, où l'état trop structuré.

Le résultat de l'action combinée de la psychothérapie et de la médication tranquillisante est ainsi net dans la grande majorité des cas, parfaitement vérifiable dans les asthmes qui ne nécessitent pas de désensibilisation spécifique et qui ne sont pas infectés.

A chaque fois donc qu'il existe dans l'asthme une commande neuro-psychique, la médication tranquillisante - le carbamate de méthylpentynol en particulier - a son indication parallèlement à la psychothérapie, et paraît représenter son meilleur traitement à l'heure actuelle, dans la mesure de ses limites.

★

★ ★

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Doyen de la Faculté
de Médecine :
Professeur L. BINET

Le Président
de thèse :
Professeur R. KOURILSKY

Le Recteur de l'Académie de Paris :
J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

I - BIBLIOGRAPHIE CONCERNANT L'ANALYSE DU FACTEUR PSYCHOLOGIQUE

ALEXANDER F. et VISOTSKY H. -

Etude psychosomatique d'un cas d'asthme.

Psychom. Méd., Nov-Déc. 1955, 17, N°6, 470-472.

ARTICLES (les) consacrés à l'asthme

Revue du Praticien, 11 Février 1958, VIII, N°5.

ASSISES Nationales de Médecine sur l'Asthme. Paris 27 Janvier 1957.

Lyon Médical 1957, 57, p. 630.

BALTRUSCH H.J. -

Une particularité spéciale dans la structure de la personnalité chez l'asthmatique

Münich Med. Wschr. - Juil. 1955, 97, N°28, 896-898.

BERTRAND J. et Melle BERTRAND -

Perspectives psychomatiques dans l'asthme.

Rouen Méd. Mai 1958, 2, N°5, 3-12.

BLANCHON P. -

Que peut-on attendre des interventions chirurgicales sur le système nerveux autonome au cours de l'asthme.

Supplément du Paris Médical, 1951, N°4, 139.

BOULANGER J.B. -

Exploration du psychisme de l'asthmatique. Essai de médecine psychosomatique.

Union Méd. Canada, Sept. 1952, 81, N°9, 1041-1061.

BRISSET Ch. et GACHKEL V. -

La médecine psychomatique en U.R.S.S. La cure de sommeil.

Presse Médicale, 1951, N°59, 465-466.

CHAUCHARD P. -

Les mécanismes cérébraux de la prise de conscience.

Masson Edit. 1956.

CHAVANIS P. - LAPLANCHE C. -

A propos du traitement de fond de l'asthme de l'adulte.

Lyon Médical 1958, p. 386.

CONFRONTATIONS thérapeutiques de l'Hôpital Necker.

Presse Médicale, 1957, 65, N°47.

DECOURT J. - PLICHET A. - GORIN R. -

Action de l'électro-choc dans un état de mal asthmatique.

Bull. et Mém.Soc. Méd. Hôp. Paris, 1943, séance du 9 Juillet, 364-365

DE GENNES L. - MAHOUDEAU D. -

L'asthme.

Rapport du 2ème Congrès International de l'Asthme.

Le Mont-Dore, 3-4-5 Juin 1950, 123-140, Expansion Scient. Franç. Edit.

DELAY J. et ZIWAR M. -

Etude psychosomatique d'un cas d'asthme bronchique.

Ann. Méd. Psychol. Octobre 1948 (2ème partie).

DELAY J. et ZIWAR M. -

Asthme et psychisme.

2ème Congrès International de l'Asthme. Le Mont-Dore 3-4-5 Juin 1950, 140-148, Expansion Scient. Franç. Edit. Paris 1950.

DISCUSSION sur les méthodes de la médecine psychomatique.

(meeting at the Royal Infirmary Sheffield. 10 June 1958).

Proc. Royal Soc. Med. 1958, 51, N°11, 947-950.

DUSSERT A. -

Asthme et encéphale.

La Clinique, Juin-Juillet 1957.

FAURE J. - QUILICHINI R. - GUEYNE J. - GRUNER J. et DUSSERT A. -

Asthme expérimental et encéphale - Etude neuropsychologique et thérapeutique

Soc. Fse de Thérapeutique et de Pharmacodynamie, 20 Juin 1956,

(in Presse Médicale 1957, 65, N°2, 36).

FRAISSE P. -

Asthme et Psychisme. Dédutions thérapeutiques.

J. Méd. Lyon, 5 Déc. 1958, 39, N°934, 1029-1037.

FRENCH T.M. et ALEXANDER F. -

Les facteurs psychogènes de l'asthme bronchique.

Psychosom. Med. Monogr. 1941, N°2.

FRENCH T.M. -

Les facteurs psychogènes de l'asthme bronchique.

In "The treatment of bronchial asthma", par Vincent J.D. et Engelhardt H T., Philadelphie 1946.

FRENCH T.M. -

La psychothérapie de l'asthme bronchique

In "Studies in psychosomatic medicine", par Alexander F. et French T.M., Ronald Edit. New-York 1948.

FREOUR P. et SERRISE M.

Aspects psychosomatiques en pratique pneumo-ptisiologique.
J. Méd. Bordeaux, Mai 1954, 131, N°5, 463-468.

GALUP P. -

L'asthme d'origine psychique.
Thèse, Paris, 1936, Expansion Scient. Franç. Edit.

GENEVRIER R. -

L'asthme est-il une maladie allergique ?
Rev. de Méd. pratique N°43, 1150 (Août-Septembre 1959).

GENDROT J.A. -

Commentaires sur l'observation psychologique de 112 cas d'asthme.
Evol. Psychiât., 1953, N°3- 493-502.

GENDROT J.A. et RACAMIER P.C. -

Fonction respiratoire et oralité.
Evol. Psychiatrique 1951, N°34, 357-478.

GILBERT P. -

Traitement psychique de l'asthme.
2ème Congrès International de l'Asthme, le Mont-Dore 1950.

GORTEIN L. -

The subjective experience in asthma.
J. Nerv. Ment. Dis., 1942, 96, p. 173.

GROEN, DEKKER et PELSER (Hollande) -

L'importance relative des facteurs allergiques, psychique et endocrinien dans l'étiologie de l'asthme bronchique.
Maroc. Méd., Fév. 1957, 36, 381, 108 (travaux du 4ème Congrès International de Médecine Interne - Madrid - Sept. 1956).

HAMMARSTEN J.F. - STEWART W. -

The role of emotions in respiratory diseases.
The Med. Clinics of North America, Janv. 1959, 43, 113-126.

HEISKELL C.L. - RHODES J.M. - THAYER K. H. -

Some psychosomatic aspects of asthma.
J.A.M.A., 170, N°15 (8 Août 1959), 1764.

HOLMANN W. -

Asthme bronchique psychogène et asthme psycho-allergique.
Med. Klin. 30 Déc. 1955, 50, N°52, 2180-2181.

JACQUELIN A. - TURIAF J. - BLANCHON P. et ROMAN M. -

Facteurs émotionnels dans l'asthme.
Presse Médicale, 20 Mai 1950, 58, N°32, 569-570.

JACQUELIN A. - TURIAF J. - ROMAN M. - MARTINETTI J. -

Asthme et diencéphale.

Semaine des Hôpitaux de Paris, 1952, N°74, 2969.

JACQUELIN A. - TURIAF J. - ROMAN M. - CRAMER J. -

Le rôle de la représentation mentale dans l'asthme.

Monde Médical, Mars-Avril 1950, 962.

JACQUELIN A. -

L'asthme. Conceptions actuelles.

Monographies Médicales et Scientifiques, Octobre 1958, N°76.

JACQUELIN A. - ROMAN M. - GRATAY A. - OLIVO H.R. - SCHWARTZ B. -

Les frontières de l'asthme.

Semaine des Hôpitaux de Paris, 1959, N°26 (4Juin), 1901.

JORES A. - L'asthme bronchique du point de vue psychosomatique.

Med. Klin., 23 Nov. 1951, N°47, 1217-1222.

KATSCH G. -

L'allergie psychologique et chimique de l'asthme.

Deutsche Med. Wschr, 5 Août 1955, 80, N°31-32, 1125-1126.

KNAPP et NEMEZ -

Sources of tension in bronchial asthma: a study of fourty patients. Notes on mood, self image and the role of the voice.

Psychos. Med., Nov-Dec., 1957, XIX, N°6.

KNAPP et NEMEZ -

Personality variations in bronchial asthma: a study of fourty patients. Notes on the relationship to psychosis and the problem of measuring maturity.

Psychosom. Méd. Nov-Déc., 1957, XIX, N°6.

KOURILSKY R. - KOURILSKY Mme S. - MIGNOT A. -

Les facteurs étiologiques essentiels de l'asthme chez les adultes.

Bull. Acad. Nat. Méd., 1949, N°37-38-39, 714 (Séance du 6 Décembre 1949)

KOURILSKY R. -

L'action, les indications et les dangers de l'hormonothérapie dans les maladies des voies respiratoires.

Revue Médicale de Liège - XIV - 1959, N°5.

KOURILSKY R. - KOURILSKY Mme S. - MIGNOT A. -

Les facteurs étiologiques réels et durables de l'asthme en clinique.

Journal Français de Médecine et Chirurgie Thoracique, 1951, V, N°4, 357-377.

KOURILSKY R. - DECROIX G. - BLONDEAU M. - GANTER Y. -

L'infection bronchique dans l'asthme.

Journal Français de Médecine et Chirurgie Thoracique.

1952, VI, N°3, 201-229.

- KOURILSKY R. - KOURILSKY Mme S. - DECROIX G. - GENDROT J A. - MIGNOT A
 Physio-pathologie clinique de l'asthme.
 Annales de Médecine, 1952, t.53, N°2.
- KOURILSKY R. FOURESTIER M. - LEBOUCHER Y. - de SAINT-GERMAIN Mme
 La fréquence méconnue de l'infection des voies aériennes supérieures dans les affec-
 tions catarrhales et suppurées des bronches avec ou sans dilatation.
 Semaine Médicale des Hôpitaux de Paris, 1949, 6 Novembre, N°82, N° Spécial, 3404 -
 3411.
- KOURILSKY R. - KOURILSKY Mme S. - UZZAN D. -
 Contribution expérimentale à l'étude de l'infection des muqueuses respiratoires.
 Journal Français de Médecine et Chirurgie Thoracique, 1949, III, N°6, 524-532.
- LAFARGA G.S. - SEGURA M.R. -
 Les facteurs psychiques dans l'étiopathogénie de l'asthme.
 Revue Clin. Espan., 15 Av. 1952, 45, N°1, 14-19.
- LAGEZE P. -
 Assemblée Française de Médecine Générale.
 Revue Lyonnaise de Médecine, V, N°17, 15 Novembre 1956.
- LERICHE R. - FONTAINE R. -
 Asthme et Chirurgie.
 2ème Congrès International de l'Asthme, Le Mont-Dore, 3-4-5 Juin 1950.
- LONG R. T. - LAMONT J.H. - WHIPPLE B. (Boston). -
 A Psychosomatic study of allergy and emotional factors in children with asthma.
 Am. J. Psychiatry, 1958, 114, N°10, 890-899.
- MIGNOT A. -
 Sur une nouvelle conception clinique de l'asthme chez l'adulte.
 Thèse, Paris, 1949.
- MILLER H. - BARUCH D.W. -
 Etude psychosomatique d'enfants ayant des manifestations allergiques
 Psychosom. Méd., Sept-Oct. 1948, 10, 275-278.
- MILLER H. - BARUCH D.W. -
 Etude de l'hostilité chez les enfants allergiques.
 J. of Orthopsychiat., 1950, 20, 506.
- MOHR F. -
 Le traitement psychophysique des maladies allergiques.
 Acta Psychotherapeutica, 1954, 1, N°3, 220-230.
- MONTAZSUT M. -
 Psychiatrie et médecine psychosomatique.
 51ème Congrès des Méd. Neuro. et Alién. de langue Française, Pau, 20-26 Juil., 1953,
 Maroc Méd. Fév. 1954, 33, N°345, 113.

- MORENO G.R. - CABANNE E.A. -
Le facteur psychique dans l'asthme.
Prensa Med. Argent. 13 Oct. 1950, 37, N°41, 2455-2458.
- PAGNIEZ Ph. -
de l'efficacité du Gardénal dans certains cas d'asthme.
Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1924, N°40, 1623-1628.
- PARLIER R. - LICHTWITZ A. -
Les syndromes neurosomatiques.
Sem. des Hôp. de Paris, 10 Janv. 1957, 33, N°2, 83-94.
- PASTEUR VALLERY RADOT. -
Précis des maladies allergiques.
Flammarion, Paris, 1949.
- PASTEUR VALLERY RADOT. -
Etudes cliniques expérimentales et thérapeutiques sur l'allergie
Expansion Scientifique Française, Paris, 1951.
- PASTEUR VALLERY RADOT. -
L'asthme.
C.R. 2ème Congrès International de l'Asthme.
Le Mont-Dore, 3-4-5 Juin 1950.
Expansion Scienti. Franç. Paris. 1950.
- PASTEUR VALLERY RADOT - LAROCHE Cl. - MILLIEZ P. BLAMOUTIER P. et N T KY -
Importance comparée du facteur allergique et des autres facteurs dans l'étiologie de l'asthme bronchique.
Sem. des Hôp. de Paris, 26 Décembre 1956, p. 4095.
- PEARSON BRUCE. -
Classification de l'asthme.
3ème Congrès Européen d'Allergie, Rome, 436-440.
Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- PELICIER Y. -
Médecine psychosomatique et allergie.
Algérie Médicale, Décembre 1950, 54, N°10, 527-536.
- PELLUAULT. -
Sur l'asthme d'origine émotive.
Thèse, Paris, 1954.
- PERRAULT M. - PHILBERT M. -
Physiopathologie et composantes étiologiques de l'asthme.
Rev. du Prat., 11 Fév. 1958, N°5, 461-476.

RAIMBAULT E. - FAIN M. - RACAMIER P. - CROUZATIER A. - et Melle SALZI -
Recherches de psychogénèse dans les troubles respiratoires de l'enfant
(asthme et tuberculose pulmonaire).

Journées d'études consacrées aux problèmes médico-psychologiques, et socio-économiques en pneumo-phthisiologie infantile - Le Rocdes-Fiz (Hte Savoie) 25-27 Mars 1959

C.R. Presse Médicale 1959, 67, 1493.

RAIMBAULT E. -

Contribution à l'analyse et au maniement des facteurs psychologiques dans l'asthme bronchique.

Thèse, Paris, 1959.

ROGERSON C.H. -

Les facteurs psychologiques dans l'asthme.

Brit. Med. J., 3 Avril 1943, 406-407.

ROMERO J.R. -

Revue. Les facteurs psychiques dans l'asthme bronchique.

Rev. Clin. Espan., 31 Mars 1958, 68, N°6, 349-356.

RUBINS - MOSES L. -

Psychosom. Med. 1944, 6, 31.

SANTENOISE, GRANDPIERRE, FONTANT, BIZET, LEMAIRE Claude, ROCHE. -

Echo Médical du Nord. Novembre 1950.

SASTRE-LAFARGA G. - ROCA-SEGURA M. -

Facteurs psychiques dans l'étiopathogénie de l'asthme.

Revista Clinica Espanola, 45-1 (15 Avril 1952), 14-19.

SASTRE-LAFARGA G. -

Observations sur les relations entre les émotions et l'allergie.

Psychosom. Med. 1941, 3.

STAEHELIN B. Von. -

Esquisse psychosomatique des asthmatiques.

Paxis, 28 Août 1958, 47, N°35, 812-818.

STAEHELIN B. Von. -

Quelques considérations sur le problème psychosomatique de l'asthme bronchique.

Schweiz. Med. Wschr. 89, N°21, 23 Mai, 560 (année 1959).

SUTERMEISTER H.M. -

A propos des progrès de la recherche psychosomatique.

Praxis, 1er Av. 1954, 43, N°13, 269-279 (Texte Allem.).

TAMATIZ A.C. -

Rapports entre les facteurs psychogènes et allergiques dans l'asthme bronchique

Gac. Med. Nov-Déc., 8, N°6, 631-637 (1953).

TIFFENEAU. -

Conséquence habituelle de l'allergie pulmonaire, l'hyperexcitabilité broncho-motrice est la cause de l'asthme.

Bull. Acad. Méd. 1959, 5-6, 136.

TINEL J. -

Le système nerveux végétatif.

Masson Edit. 1921, p. 540.

TREUTING T.F. - RIPLEY H.S. -

Conditions de vie, émotions et asthme bronchique.

J. Nerv. Ment. Dis., Nov. 1948, 108, N°5, 380-396

TROISIER J. - BOQUIER Y. -

Traitement de l'asthme par l'anesthésie générale.

Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 47, 310-321 (1931) .

TROUSSEAU A -

Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 5ème Edit. Paris 1877, Vol. 2, 469

VERNES J.P. -

A propos de quelques cas d'asthme d'origine émotionnelle.

Arch. Hosp. Mai 1956, 28, N°5, 132-133.

WEISS E. - ENGLISH O.S. -

Médecine psychosomatique.

Edit. Delachaux, Paris, 1955.

WITTKOWER E. -

Etude de l'influence des émotions sur la fonction des organes avec l'observation des sujets normaux et neurotoniques.

J. Ment. Sc., 1935, 81, 533.

ZIWAR M. -

Médecine psychosomatique : Asthme.

Encycl. Méd. Chir. traité psychiatrie, fasc. 37 440 E 10 (2-1955).

II - BIBLIOGRAPHIE CONCERNANT L'UTILISATION DE LA MEDICATION TRANQUILLISANTE

ABRAMSON -

Traitement de l'asthme du point de vue de la pharmacologie psycho-dynamique.

Bul. New-York Acad. 1949, N°6, 345-364.

BATAILLE J. -

Principales propriétés d'un nouveau tranquillisant: le carbamate de méthyl-3 pentyne-1 ol-3.

Sem. Hôp. Paris - Sem. Thérap. 32 ème année, N°8, Octobre 1956.

BRUGUAIROLLES A. -

L'incidence psycho-somatique et la médication tranquillisante en asthmatologie.

Soc. Méd. Chir. des Hôp. Libres de France, 14 Avril 1958.
(in Presse Médicale, 1958, 66, N°48, 1096).

CHAUCHARD P. et MAZOUÉ H. -

Recherches sur le mode d'action centroplogique de quelques substances psychotropes.

Soc. Biologie, 28 Janvier 1956, (C.R. in Presse Médicale, 18 Février 1956, N°14).

CHAUCHARD P. - MAZOUÉ H. -

Effets du carbamate de méthyl-3 pentyne-1 ol-3 (N'Oblivon) sur les centres nerveux.
C.R. Soc. Biol. 28 Avril 1956, 4, 679 (in Presse Médicale 1956, 64, N°37, 878).

DUCHESNAY G. -

Les principaux tranquillisants.
Le Guide du Praticien, 1959, 11, N°4-47.

ENDE M. -

Chlorpromazine, Hydrochloride in treatment of asthma.
Am. Pract. and Digest treatment, 1955, 6, 710-711.

EISENBERG B.C. -

Role of tranquilizing drugs in allergy.
J.A.M.A. 1957, 163, 11, 934-937.

FONTAN M. -

Conduite à tenir devant un anxieux.
Lille Médical 1959, IV, N° spécial (Journées Médicales des Hôpitaux de Lille).

FOUKS L. - LAINE - FRANCOIS - PAGOT -

Notes sur les médications récentes des états névrotiques, anxieux et dépressifs.
Extrait des Annales Médico-Psychologiques, tome 1, N°4 (Avril 1956), 608.

FOUKS L. - LAINE - PAGOT - FRANCOIS - Melle CHEMINEE -

Résultats de la cure de sommeil, réalisée avec les nouveaux tranquillisants dans les états dépressifs, mélancoliques et névrotiques.
C.R. Soc. Médico-Psychol. 11 Juin 1956.

HALPERN B.N. -

Propriétés sédatives et anti-convulsivantes du carbamate de méthyl-3 pentyne-1 ol-3.
C.R. Soc. Biologie, 23 Juin 1956, N°6, 1152 (in Presse Médicale 1956, 64, N°54, 1283).

HALPERN B.N. - LEHMANN Mme A. -

Action protectrice du carbamate de méthyl-3 pentyne-1 ol-3
(C.M.P.) à l'égard de la crise convulsive endogène.
C.R. Soc. Biologie, 10 Novembre 1956, N°10, 1863 (in Presse Médicale, 1956, 64, N°85, 1950).

- HALPERN B N. LEHMANN Mme A .
Bases expérimentales de l'action thérapeutique d'une nouvelle médication sédatrice et
anti anxieuse . le carbamate de méthyl 3 pentyne-1 ol-3.
Presse médicale, 3 Avril 1957, 65, N°27, 622-625
- HALPERN B N. MEYER J
Potentialisation des effets hypnotiques d'un barbiturique
(Sécobarbital) par le carbamate de méthyl 3 pentyne-1 ol-3
C.R. Soc. Biologie, 22 Mars 1958
- HELD R .
Premiers essais du carbamate de méthyl 3 pentyne-1 ol-3 en thérapeutique psychiatrique
ambulatoire
Sem. des Hôp., 32ème année, N°23, 14 Avril 1956
- HENNE M. et HENNE Mme S
Résultats personnels de l'emploi du carbamate de méthyl 3 pentyne-1 ol-3 en psychiatrie.

54ème Congrès des Alién. et neuro. de France et des pays de langue française - Bordeaux
30 Août - 4 Septembre 1956
- HOUSER M. VERMOREL Mme M. VERMOREL H. ROULLET A
Utilisation du carbamate de méthylpentyne-ol à doses fortes en psychiatrie
J. de Méd. de Lyon 1958, N°918 (5 Avril).
- XXV ème JOURNEES THERAPEUTIQUES de PARIS - 14-15 Octobre 1958
Neuroleptiques et tranquillisants.
- KOURILSKY R. KOURILSKY Mme S
Les effets cliniques d'une nouvelle substance psycho-sédative (C.M.P.) en médecine gé-
nérale.

Concours Médical N°7, 16 Février 1957
- LA BARRE J. (Bruxelles) .
Rapport au sujet des propriétés pharmacodynamiques du carbamate de méthyl 3 pentyne-1
ol-3.

En cours de publication
- LEHMANN Mme A. HALPERN B N. BUSNEL R G .
Recherches sur la crise andiogène de la souris ; ses modifications sous l'influence de la
résérpine et du carbamate de méthyl 3 pentyne-1 ol-3.
Journal de Physiologie, 1957, t. 49, 265-268
- LEHMANN Mme A. HALPERN B N. BUSNEL R G
Etude, sur la crise andiogène de la souris, d'un antagonisme entre le carbamate de méthyl
3 pentyne 1 ol-3 et la résérpine.
C. R. Soc. de Biologie, 22 Juin 1957, t. CLI, N°6, 1094)

MERCIER J. -

Recherches sur le mécanisme de l'action exercée par le C.M.P. sur les centres nerveux.
Journal de Physiologie, 49 (1957), N°3.

MICHELET L. -

Traitement du facteur nerveux de l'asthme par les médications tranquillisantes. Premiers résultats avec le méprobamate.
La Clinique, 52ème année, N°515, (Août-Sept. 1957).

MICHELSON A.M. - LOWELL F.C. -

The limited use of chlorpromazine in bronchial asthma.
Am. J. Med. 1957, 324, N°1, 31-54.

RAVINA B. -

Actualités thérapeutiques.
Presse Médicale 1955, 63, N°61, 1233.

REELS L. -

A controlled trial of chlorpromazine in the management of patients suffering from asthma associated with anxiety and tension symptoms.
Encephal. 1956, 45, N°4, 555-561.

WEILL J. - KRAMARZ P. - BERNFELD Mme J. -

Action du carbamate de méthyl-3 pentyne-1 ol-3 sur l'électroencéphalogramme.
Presse Médicale, 1957, 65, N°29, (10 Avril 1957).

TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	1
Historique	2
Considérations Générales	3
Etude du facteur psychologique	19
A - Preuves de son intervention	19
B - Sa place parmi les différents facteurs de l'asthme	20
C - Sa nature	20
Les troubles neuro-végétatifs	35
Observations	39
Résultat des examens concernant l'allergie	49
Traitement du facteur psychologique	51
Sa place dans le traitement de fond	51
La psychothérapie	55
Le traitement classique de la dystonie neuro-végétative ..	57
Traitement par la médication tranquillisante	59
Cas où l'effet du tranquillisant est insuffisant	70
Résultats thérapeutiques globaux	77
Conclusions	81
Bibliographie	87

